Anatomie Pathologique

DE LA

MOËLLE ÉPINIÈRE






ET AVGE BITVR
SCI ENT IA


STORE
MEDICAL LIBRARY

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

DE LA

MOELLE ÉPINIÈRE

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

DE LA

MOELLE ÉPINIÈRE

---

45 PLANCHES EN HÉLIOGRAVURE

AVEC TEXTE EXPLICATIF

PAR

PAUL BLOCQ

ANCIEN INTERNE DES HOPITAUX
CHEF DES TRAVAUX ANATOMO-PATHOLOGIQUES A LA SALPÊTRIÈRE
LAURÉAT DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE
LAURÉAT DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
LAURÉAT DE LA SOCIÉTÉ MÉDICO-PRATIQUE ET DE LA SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE
LAURÉAT DE L'INSTITUT (ACADÉMIE DES SCIENCES)
MEMBRE DE LA SOCIÉTÉ ANATOMIQUE, DE LA SOCIÉTÉ CLINIQUE, ETC.

ET

ALBERT LONDE

DIRECTEUR DU SERVICE PHOTOGRAPHIQUE A LA SALPÊTRIÈRE
OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

Ouvrage précédé d'une Préface de M. le Professeur CHARCOT

PARIS

G. MASSON, ÉDITEUR

LIBRAIRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

120, boulevard Saint-Germain, en face de l'École de Médecine

—

1891


UNIVERSITY OF LEEDS
MEDICAL LIBRARY



PRÉFACE DE M. LE PROFESSEUR CHARCOT

L'Atlas que publient MM. Paul Blocq et Albert Londe est composé de documents recueillis, pour la plupart sous mes yeux, dans le service de la Clinique des maladies du système nerveux à la Salpêtrière. C'est dire que le plus grand nombre des préparations qui y sont figurées ont été examinées par moi et qu'elles concernent des malades que j'ai étudiés cliniquement au cours de mes leçons. Cette circonstance me met fort à l'aise pour présenter au public cette publication et la lui recommander, car je puis sans réserve me porter garant du soin scrupuleux que les auteurs y ont apporté.

Lorsque j'ai sous les yeux les planches de ce beau livre, je ne puis m'empêcher de me remettre en mémoire ce que je disais il y a presque vingt ans à propos de l'influence de l'intervention de l'anatomie pathologique dans les choses de la clinique, en matière de pathologie spinale. Qu'on me permette de le reproduire ici. « L'étude de la moelle épinière à l'aide du grossissement, disais-je, a seule le pouvoir de combler les désiderata que nous venons de signaler, à propos de l'anatomie à l'œil nu. Ses procédés d'ailleurs sont applicables à divers points de vue. Elle peut, en premier lieu, se proposer de remonter jusqu'aux éléments anatomiques eux-mêmes et chercher les modifications qu'ils subissent aux diverses phases de l'évolution du processus morbide. On peut encore diriger à un autre point de vue l'étude de la moelle faite à l'aide des grossissements. Il existe en effet une sorte *d'anatomie topographique microscopique* dont l'objet est d'examiner les parties dans leurs rapports naturels, sans destruction, sans dilacération. Il s'agit alors principalement de reconnaître d'une façon exacte, dans les faisceaux blancs ou dans les divers départements de la substance grise, quelle est l'étendue, la configuration, la répartition des altérations, de suivre leur mode d'extension lorsque,

débordant au delà de leur foyer primitif, elles se propagent aux régions voisines ou se communiquent même à des régions éloignées. »

« On doit, si je ne me trompe, à ce mode d'investigation une bonne partie des progrès récemment accomplis dans l'histoire, longtemps presque inextricable, des maladies spinales chroniques. Ce résultat était d'ailleurs facile à prévoir. L'expérimentation sur l'animal, malgré ses procédés comparativement grossiers, avait suffi cependant pour mettre hors de doute que, dans ce cordon mince qu'on appelle la moelle épinière, il n'existe, pour ne parler que des faisceaux blancs, plusieurs régions répondant en quelque sorte à autant d'organes dont les fonctions, malgré l'analogie de composition, sont tout à fait distinctes. Dans la substance grise elle-même il y a lieu, vous le savez, d'établir à ce point de vue un certain nombre de circonscriptions plus ou moins nettement séparées. »

« La pathologie à son tour était venue confirmer d'une manière générale ces données, en montrant qu'une lésion limitée à tel ou tel de ces départements se traduit chaque fois par un ensemble particulier de symptômes; mais elle devait encore de nos jours, avec l'aide de nouveaux moyens d'étude anatomique, aller plus loin, devancer sur plusieurs points l'expérimentation. »

« Celle-ci en effet, même entre les mains de l'opérateur le plus habile, pourra-t-elle jamais, dans un organe aussi délicat que l'est la moelle, déterminer des lésions exclusivement bornées, par exemple, à certains groupes de cellules nerveuses, à certains faisceaux de fibres. Il est permis d'en douter. La maladie au contraire produit journellement de telles lésions, et l'anatomie topographique de la moelle nous les fait reconnaître avec la plus grande précision; elle nous permet de constater quel groupe de cellules, quels faisceaux de fibres nerveux ont été irrités, atrophiés ou détruits. Mettez en présence d'une anatomie aussi délicate des observations recueillies avec soin, où l'analyse des symptômes se montrera d'autant plus complète, d'autant plus profitable qu'elle aura été faite à la lumière des connaissances anatomiques ou physiologiques préalables, et vous aurez entre les mains les conditions d'une expérience s'opérant, si l'on peut ainsi dire, spontanément et s'opérant sur l'homme, ce qui, dans l'espèce, est un avantage inestimable (1). »

Ailleurs, je disais encore en parlant des travaux récents à l'époque, relatifs à l'anatomie morbide des centres nerveux : « Tous semblent en quelque sorte dominés par ce qu'on pourrait appeler l'esprit de localisation, lequel n'est en somme qu'une émanation de l'esprit d'analyse. L'idée de localiser n'est certainement pas chose nouvelle en anatomie pathologique; elle est aussi vieille que cette science elle-même, bien que Bichat l'ait, à la vérité, le premier formulée avec netteté en même temps

(1) *Leçons sur les maladies du système nerveux*, t. II, p. 6, 7. Paris, 1886.

qu'il en faisait ressortir toute la portée scientifique, mais peut-être jamais n'avait-elle été poursuivie avec autant de vigueur et de logique. »

« Qu'entend-on en somme par ce terme : *localiser?* En anatomie pathologique c'est : déterminer dans les organes, dans les tissus, le siège, l'étendue, la configuration des altérations matérielles et palpables ; en physiologie pathologique, c'est, mettant à profit les données de l'observation clinique et s'éclairant des données expérimentales, établir les rapports entre les troubles fonctionnels constatés durant la vie et les lésions révélées par l'autopsie.... »

« Ces deux points de vue doivent être l'objet d'une attention égale, car ce n'est pas seulement l'anatomie pathologique contemplative, étudiant la lésion en elle-même et pour elle-même que nous devons connaître, c'est l'anatomie pathologique mise au service de la physiologie et de la clinique, appliquée en un mot à la solution de tous les problèmes pathologiques qui sont de son ressort (1). »

Aujourd'hui que l'accord est fait unanimement sur ces questions, tout ce qui précède pourra paraître un peu vieilli, un peu démodé. Cependant, toute réflexion faite, si j'avais à reprendre le sujet, en tant qu'il s'agirait de signaler les principes et la méthode, je ne verrais pas grand'chose à y changer ; car en somme c'est bien dans cet esprit-là qu'ont été conduits tous les travaux qui, au cours de ces dernières années, dans la géographie de la moelle épinière, ont singulièrement rétréci l'aire des *terres inconnues*.

Les anciens *faisceaux postérieurs*, par l'étude des lésions systématiques, avaient été décomposés déjà en deux régions distinctes : les faisceaux de Goll et les zones radiculaires postérieures ; les *faisceaux antéro-latéraux* des auteurs avaient été à leur tour divisés en trois régions : faisceaux pyramidaux, faisceaux de Turck, zones radiculaires antérieures ; aujourd'hui, pour ne parler que de la substance blanche, nous aurions à énumérer en plus bien d'autres découvertes, à savoir : les faisceaux de Gowers, les zones de Lissauer, les zones marginales antéro-externe et postéro-externe de Westphal, le centre ovale de Flechsig, etc., etc. Et cette multiplication des zones, des faisceaux, des régions plus ou moins autonomes qu'on vient de dénommer n'est pas, tant s'en faut, l'expression d'un vain morcellement sans portée pratique ; à chacune de ces acquisitions nouvelles correspond en effet un perfectionnement nouveau dans le domaine de la clinique. Et ainsi se trouve, une fois de plus, démontrée d'une manière éclatante l'heureuse influence des recherches anatomiques intimement associées aux études cliniques sur le développement de la pathologie des centres nerveux.

(1) *Leçons sur les localisations dans les maladies du cerveau et de la moelle épinière.* 1887, p. 183.

Les planches de l'Atlas publié par MM. Blocq et Londe présentent la série à peu près complète des myélopathies organiques actuellement connues.

La perfection des procédés photographiques, mis en œuvre par M. Londe pour reproduire la réalité, fait de chacune de ces planches autant de documents sincères et de bon aloi que la recherche scientifique pourra mettre à profit. D'un autre côté, le médecin praticien qui fréquemment entend parler de ces lésions, mais n'a pas souvent l'occasion de les constater par lui-même, pourra les y étudier à loisir et les y contempler telles ou à peu près telles qu'elles sont dans la nature.

J.-M. Charcot,
de l'Institut.

5 mai 1891.

INTRODUCTION

Placés par la confiance de notre maître, M. le professeur Charcot, à la tête des services anatomique et photographique dépendants de l'incomparable clinique des maladies nerveuses de la Salpêtrière, il nous a été donné depuis cinq ans de recueillir sur diverses affections du système nerveux, et de la moelle épinière en particulier, des documents anatomiques assez complets.

Aussi avons-nous pensé que ce serait faire œuvre utile que d'en vulgariser la connaissance. Les nouveaux procédés de la technique histologique d'une part, les perfectionnements apportés dans l'art photographique d'autre part, nous avaient permis de faire des essais de reproduction qui paraissaient suffisants pour mener à bien cette entreprise (1).

On n'ignore pas enfin que les recherches relatives tout au moins à la topographie anatomo-pathologique de la moelle épinière, sinon à l'histologie fine des lésions de cet organe, ont abouti à des résultats considérables dans l'état actuel de la science.

L'atlas que nous publions nous semble destiné à mettre en lumière ces résultats anatomo-pathologiques, comme aussi à en faciliter l'étude. Point n'est besoin d'insister longuement sur l'intérêt que présente un travail du genre de celui que nous produisons, car il est évident que le médecin aussi bien que l'étudiant tirera plus de profit de la lecture des traités de pathologie, quand il aura eu sous les yeux l'image exacte des lésions répondant à leurs descriptions.

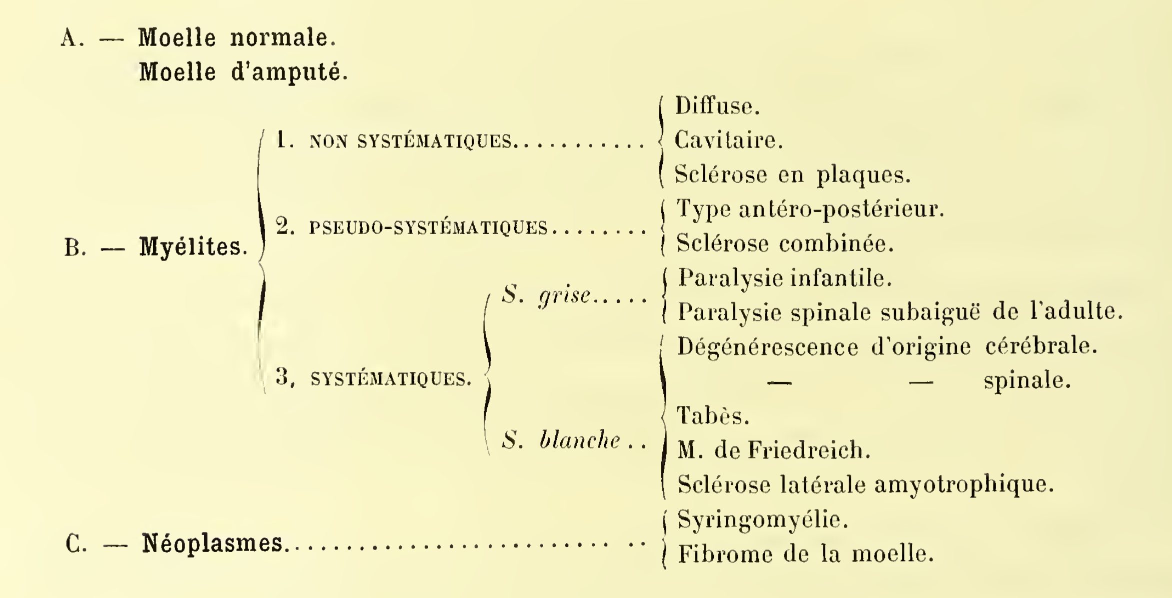
La presque totalité des pièces qui ont fourni nos préparations a été recueillie par nous dans le service de M. Charcot. Quelques-unes provenant de la même clinique nous

(1) Nous devons dire qu'un grand nombre de nos préparations n'ayant pas été faites en vue de la reproduction photographique ne nous ont pas fourni des images aussi nettes que les autres.

ont été obligeamment confiées par MM. Marie et Huet; nous en devons plusieurs autres à nos amis Achard et Marinesco. Enfin nous avons reproduit certaines coupes empruntées à la collection léguée au musée de la Salpêtrière par le regretté professeur Damaschino.

Nous n'avons pas joint aux planches un long texte explicatif, mais seulement les indications sommaires relatives à la nature des lésions, à leur distribution, à la région de la moelle qu'elles occupent ; enfin, lorsque cela présentait quelque intérêt, nous avons ajouté en peu de lignes des renseignements sur l'origine de la pièce. De plus des schémas explicatifs que nous avons joints au texte, sur les conseils de M. Charcot, faciliteront encore la lecture des figures.

Nos planches sont rangées dans l'ordre suivant :


A. — **Moelle normale.**
Moelle d'amputé.

B. — **Myélites.**
- 1. NON SYSTÉMATIQUES........... Diffuse. / Cavitaire. / Sclérose en plaques.
- 2. PSEUDO-SYSTÉMATIQUES........ Type antéro-postérieur. / Sclérose combinée.
- 3. SYSTÉMATIQUES.
  - *S. grise*..... Paralysie infantile. / Paralysie spinale subaiguë de l'adulte.
  - *S. blanche*.. Dégénérescence d'origine cérébrale. / — — spinale. / Tabès. / M. de Friedreich. / Sclérose latérale amyotrophique.

C. — **Néoplasmes**.......................... Syringomyélie. / Fibrome de la moelle.

Comme technique histologique, nous avons eu presque exclusivement recours à la méthode de coloration de Pall, légèrement modifiée — on sait que par ce procédé la substance grise de même que les zones enflammées ou dégénérées sont décolorées, alors que la myéline reste colorée en noir — quand il s'agissait de grossissements faibles, que nous obtenions uniformément avec l'objectif 00 de Vérick, pour que toutes les figures fussent comparables. La méthode de Weigert prêtait moins bien à la reproduction photographique. Quant aux figures exécutées à l'aide de grossissements plus forts — objectifs 4, 7 et 8 de Vérick — elles nous ont été fournies le plus souvent par des préparations colorées par le picro-carmin à l'eau, selon le procédé de M. Mathias Duval.

Nos clichés photographiques, non plus que les photogravures qui les reproduisent, n'ont subi aucune retouche quelle qu'elle soit, car nous avons préféré conserver à nos

planches quelques imperfections, plutôt que d'altérer le caractère d'absolue sincérité qui constitue, en somme, leur principale valeur scientifique.

Les planches sont en effet la reproduction, à l'aide de la photogravure, des photographies de nos préparations histologiques. Pour obtenir les clichés photographiques, nous nous sommes arrêtés, après de nombreux essais, à deux dispositifs différents, l'un pour obtenir les faibles grossissements et l'autre les forts.

Pour les faibles grossissements, nous nous sommes servis du microscope à projection de J. Duboscq, qui nous permettait d'éclairer fortement la préparation et d'interposer avec facilité des liquides colorés. L'image, reçue par un 00 de Vérick, était projetée sur la surface sensible placée dans une chambre photographique horizontale. L'objectif a été disposé pour recevoir divers diaphragmes plus ou moins réduits suivant les cas.

Pour les forts grossissements, nous avons supprimé le porte-objet, le porte-objectif de l'appareil de Duboscq, ne gardant, par conséquent, que le condensateur. En avant de celui-ci nous avons placé, dans la position horizontale, un microscope de Beck, dont la platine tournante et à double mouvement nous permettait d'explorer avec facilité la préparation (1). Les objectifs employés ont été le 4, le 7 et le 8 de Vérick suivant les cas. L'image était reçue dans la même chambre photographique qui était réunie au tube du microscope au moyen d'une enveloppe souple imperméable à la lumière. En aucun cas nous n'avons employé l'oculaire. La source de lumière qui a servi a été la lumière oxhydrique traversant, suivant les hypothèses, une solution bleue ou jaune. Nous nous sommes servis avec avantage, en général, des plaques au gélatino-bromure (marque as de trèfle), et pour certaines préparations dans lesquelles le jaune ou le rouge dominaient, des plaques isochromatiques (Monckhoven) plus sensibles à ces rayons. Les temps de pose ont été très variables depuis une fraction de seconde jusqu'à vingt minutes et plus quelquefois. Tous les développements ont été effectués à l'acide pyrogallique par la méthode imaginée par l'un de nous.

Nous tenons, en terminant, à adresser nos sincères remerciements à M. G. Masson pour le soin qu'il a mis à parfaire cette édition, et à témoigner notre vive gratitude à MM. Lumière et fils, de Lyon, qui ont exécuté nos photogravures avec autant d'empressement que de talent.

PAUL BLOCQ. ALBERT LONDE.

(1) Le microscope de Beck qui nous a servi pour l'exécution de ce travail nous a été obligeamment prêté par M. le baron Boucheporn et nous lui adressons à cette occasion nos plus sincères remerciements.

COUPE SCHÉMATIQUE DE LA MOELLE NORMALE

Le schéma que nous représentons ci-dessous (schéma 1) a été dessiné sur nos indications par M. Paul Richer. Il résume la division des faisceaux blancs et des parties différenciées de la substance grise de la moelle.

Nous avons pensé qu'il serait commode, pour faciliter l'interprétation des planches, d'y joindre des schémas semblables sur lesquels les lésions seraient indiquées par des parties teintées correspondant aux altérations.

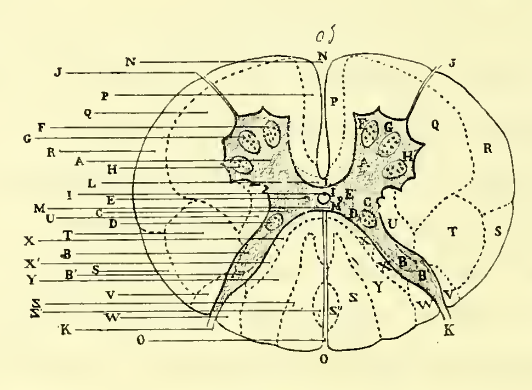


Schéma 1.

EXPLICATION DU SCHÉMA

A. Corne antérieure de substance grise.
B. Corne postérieure de substance grise.
B'. Substance gélatineuse de *Rolando*.
C. Col de la corne postérieure.
D. Cellules de la colonne de *Clarke*.
E. Veines profondes de la moelle.
F. Groupe antéro-interne des cellules ganglionnaires de la corde antérieure.
G. Groupe antérieur des cellules ganglionnaires de la corne antérieure.
H. Groupe antéro-externe des cellules ganglionnaires de la corne antérieure.
I. Canal central.
J. Racines antérieures.
K. Racines postérieures.
L. Commissure antérieure (blanche).
M. Commissure postérieure (grise).
N. Sillon antérieur.
O. Sillon postérieur.
P. Faisceau de *Türk*, ou pyramidal direct.
Q. Faisceau antéro-latéral fondamental.
R. Faisceau de *Gowers*.
S. Faisceau cérébelleux direct.
T. Faisceau pyramidal croisé.
U. Zone marginale externe, ou faisceau profond du cordon latéral.
V. Zone externe de *Lissauer*.
W. Zone interne de *Lissauer*.
X. Zone marginale antéro-externe de *Westphal*.
X'. Zone marginale postéro-externe de *Westphal*.
Y. Faisceau de *Burdach*, ou zone radiculaire du faisceau postérieur.
Z. Faisceau de *Goll*, ou cordon grêle.
Z'. Centre ovale de *Flechsig*.

PLANCHE I

FIGURE 1.

MOELLE NORMALE. — RÉGION CERVICALE SUPÉRIEURE.

Coupe pratiquée dans la région cervicale supérieure à 1 millimètre au-dessous de l'entre-croisement des pyramides, et colorée par la méthode de Pall.

A. Corne antérieure.
B. Corne postérieure.
C. Faisceau antérieur.
D. Faisceau latéral.
E. Sillon postérieur.
F. Sillon antérieur.
G. Faisceau postérieur.
H. Canal central.
I. Commissure antérieure.
J. Commissure postérieure.
K. Racine postérieure.

FIGURE 2.

MOELLE NORMALE. — CELLULES GANGLIONNAIRES DE LA SUBSTANCE GRISE DE LA CORNE ANTÉRIEURE.

Coupe pratiquée dans la région cervicale et colorée par le picro-carmin.

Les cellules vues à un fort grossissement (obj. 4, Vérick) appartiennent au groupe antéro-externe.

A. Cellule multipolaire.
B. Noyau d'une autre cellule.
C. Nucléole.
D. Prolongement ramifié.
E. Prolongement de Deiters non ramifié.
E'. Prolongement de Deiters d'une autre cellule.
F. Réseau fibrillaire de la région.
G. Coupe transversale d'un tube nerveux.
H. Coupe longitudinale d'un tube nerveux.
I. Espace vacuolaire péri-cellulaire.

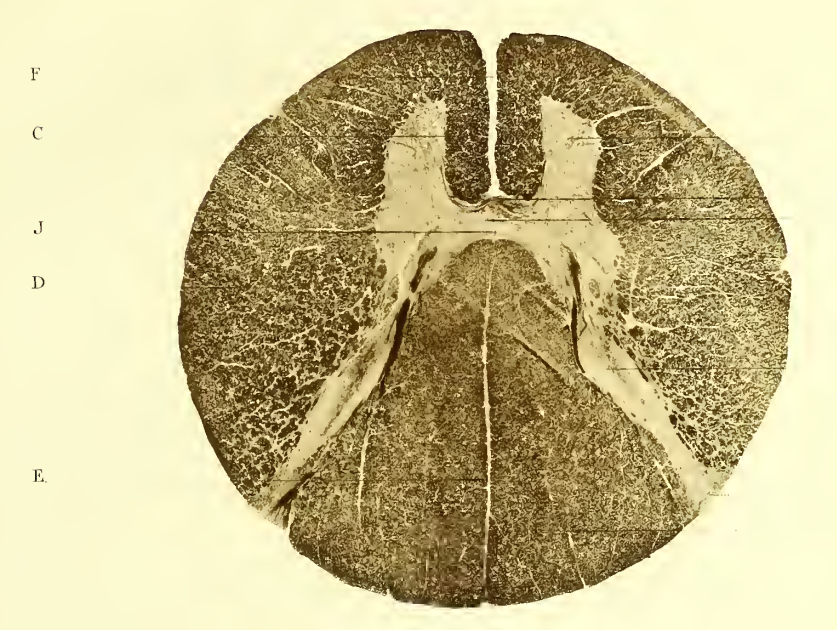


Figure 1



Figure 2

Photog. Lumière & Fils Imp. Wittmann

PLANCHE II

Figure 3.

MOELLE NORMALE. — Renflement cervical.

Coupe pratiquée dans la région du renflement cervical, et colorée par la méthode de Pall.

A. Corne antérieure.
B. Corne postérieure.
C. Racines antérieures.
D. Faisceau latéral.
E. Sillon postérieur.
F. Sillon antérieur.
G. Faisceau postérieur (zone radiculaire).
H. Cordon de Goll.
I. Commissure antérieure.
J. Commissure postérieure.
K. Racine postérieure.
L. Faisceau antérieur.

Figure 4.

MOELLE NORMALE. — Canal central.

Coupe pratiquée dans la région cervicale supérieure, et colorée par la méthode de Weigert.

Le canal central et ses cellules y sont vues à un fort grossissement (obj. 4, Vérick).

A. Cavité du canal.
B. Cellule cylindrique revêtant la paroi du canal.
C. Plateau des cellules.
D. Substance grise entourant le canal.
E. Tubes nerveux de la commissure antérieure.
F. Vaisseau.

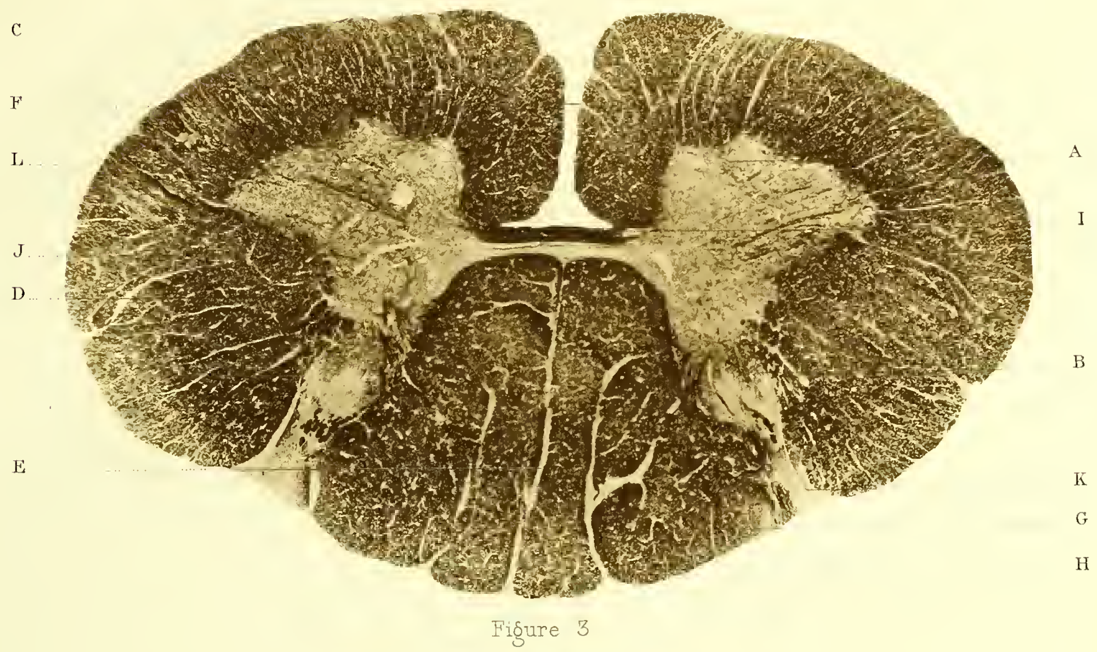


Figure 3

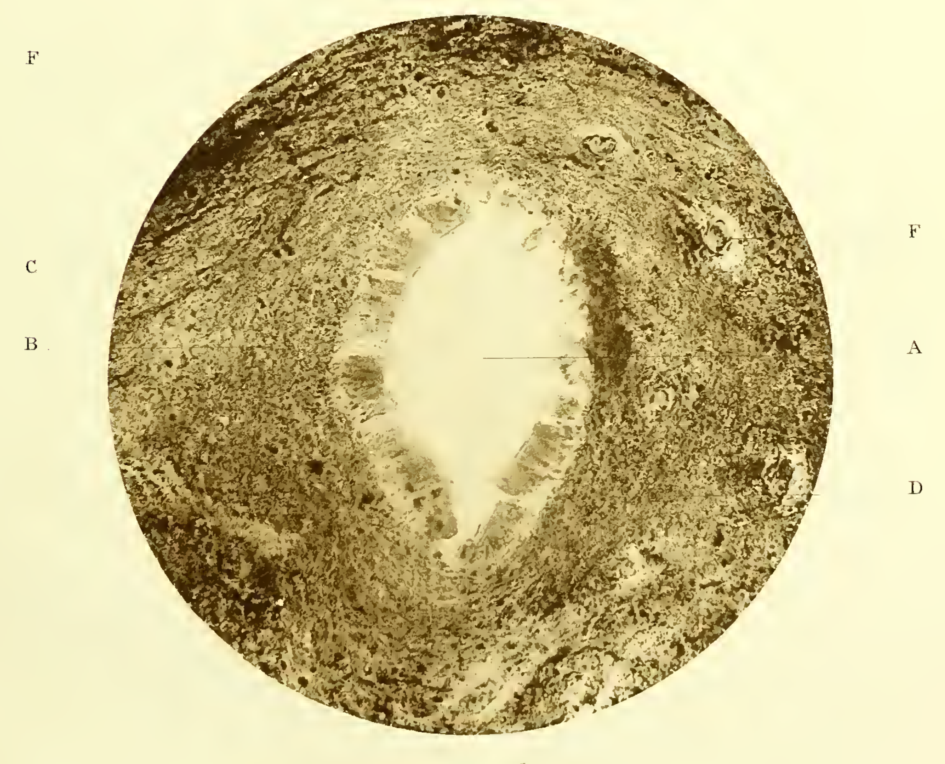


Figure 4

Photog. Lumière & Fils Imp. Wittmann

PLANCHE III

Figure 5.

MOELLE NORMALE. — Région dorsale.

Coupe pratiquée dans la région dorsale moyenne et colorée par la méthode de Pall.

A. Corne antérieure.
B. Corne postérieure.
C. Commissure antérieure.
D. Commissure postérieure.
E. Faisceau antérieur.
F. Sillon antérieur.
G. Cordon postérieur.
H. Faisceau latéral.
I. Sillon postérieur.
J. Racine postérieure.

Figure 6.

Portion du faisceau latéral de la coupe précédente, vue à un fort grossissement (obj. 4, Vérick).

A-A. Tubes nerveux coupés transversalement.
B. Gaine de myéline colorée en noir.
C. Cylindre axe.
D. Cloison secondaire.
E. Cloison pie-mérienne contenant un vaisseau.
F. Tissu névroglique.

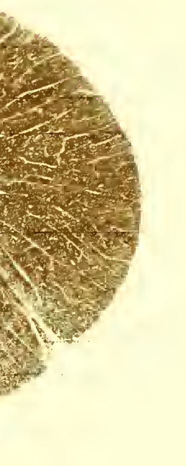



Figure 5

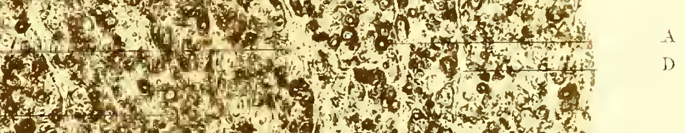


Figure 6

PLANCHE IV

Figure 7.

MOELLE NORMALE. — Région lombaire supérieure.

Coupe pratiquée dans la région lombaire supérieure et colorée par la méthode de Pall.

A. Corne antérieure.
B. Corne postérieure.
C. Racine postérieure.
D. Sillon postérieur.
E. Commissure postérieure.
F. Commissure antérieure.
G. Sillon antérieur.
H. Faisceau antérieur.
I. Faisceau latéral.
J. Faisceau postérieur.

Figure 8.

MOELLE NORMALE. — Corne postérieure.

Coupe pratiquée dans la région lombaire et colorée par la méthode de Pall.

La corne postérieure est vue au grossissement de l'obj. 2, Vérick.

A. Col de la corne.
B. Réseau fibrillaire.
C. Substance gélatineuse de Rolando.
D. Fibres nerveuses se rendant dans la colonne de Clarke.
E. Entrée directe de fibres nerveuses dans la corne.
F. Racine postérieure.
G. Coupe transversale des tubes nerveux de la substance blanche contiguë.



Figure 7



Figure 8

Photog. Lumière & Fils Imp. Catmard

PLANCHE V

Figure 9.

MOELLE NORMALE. — Renflement lombaire.

Coupe pratiquée dans la région du renflement lombaire et colorée par la méthode de Pall.

A. Corne antérieure.
B. Corne postérieure.
C. Cordon antérieur.
D. Faisceau latéral.
E. Faisceau postérieur.
F. Sillon postérieur.
G. Sillon antérieur.
H. Canal central.
I. Commissure antérieure.
J. Racine postérieure.
K. Cellule de la corne antérieure.

Figure 10.

MOELLE NORMALE. — Cellules nerveuses de la colonne de Clarke.

Coupe pratiquée dans la région lombaire et colorée par le picro-carmin.

Les cellules sont vues à un fort grossissement (obj. 4, Vérick). En comparant à la figure 2, qui représente les cellules des cornes antérieures de la même moelle, préparées par le même procédé, et observées au même grossissement, on jugera de leurs différences.

A-A-A. Cellules ovoïdes.
B. Noyau.
C. Nucléole d'une autre de ces cellules.
D. Espace vacuolaire péri-cellulaire.
E. Réseau fibrillaire.

Toutes nos préparations de moelle normale, planches I, II, III, IV, V, proviennent de la même moelle. La pièce a été recueillie sur une femme de quarante-sept ans ayant succombé à l'infirmerie de la Salpêtrière des suites d'une pneumonie, sans avoir présenté pendant sa vie aucun symptôme d'une affection spinale. C'est par le même procédé de durcissement et de coloration qu'ont été obtenues les préparations des diverses régions : les figures sont également faites à un grossissement identique.



Figure 9

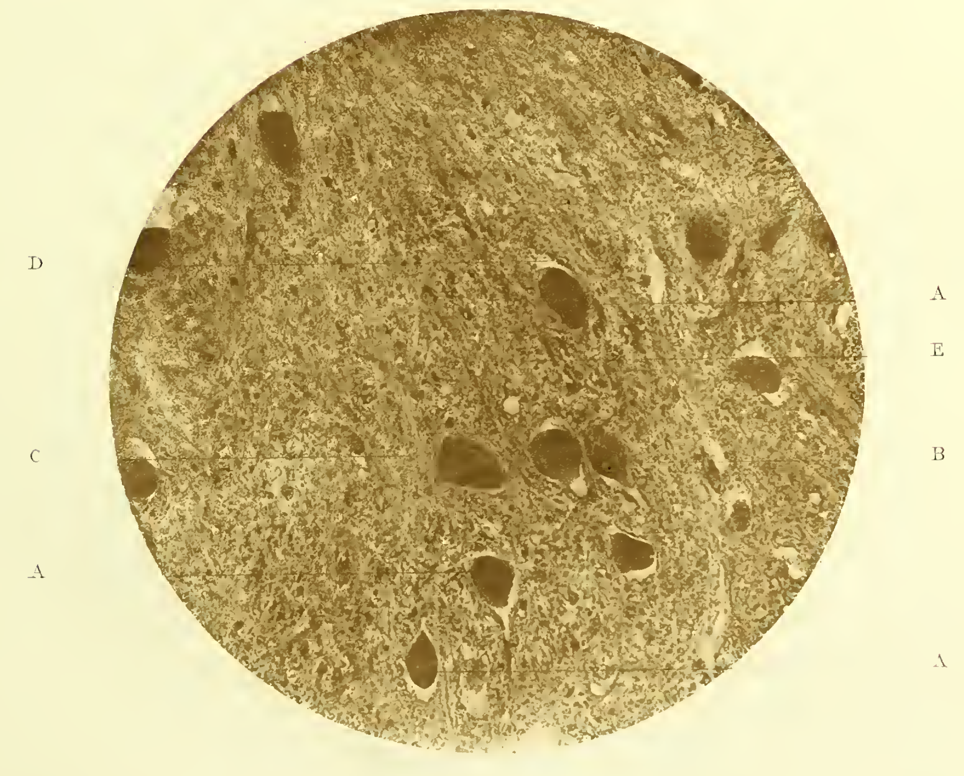


Figure 10

PLANCHE VI

FIGURE 11.

MOELLE D'AMPUTÉ. — RÉGION CERVICALE.

Coupe pratiquée dans la région cervicale inférieure et colorée par la méthode de Weigert.

On y voit l'asymétrie des deux moitiés de la moelle, le segment droit étant plus petit que le gauche, et la déformation de la corne antérieure droite par rapport à sa symétrique.

A. Corne antérieure droite.
A'. Corne antérieure gauche.
B. Corne postérieure droite.
B'. Corne postérieure gauche.
C. Commissure blanche.
D. Commissure grise.
E. Cordon de Goll.
F. Sillon postérieur.
G. Racine antérieure.
H. Sillon antérieur.
I. Racine postérieure.
J. Faisceau latéral.

FIGURE 12.

MOELLE D'AMPUTÉ. — CELLULES DE LA CORNE ANTÉRIEURE DE SUBSTANCE GRISE ATROPHIÉE.

Coupe pratiquée dans la région cervicale inférieure et colorée par le picro-carmin.

A-A. Cellules restées normales.
B-B-B. Cellules atrophiées.
C. Coupe transversale de tubes nerveux.
D. Coupe longitudinale de tubes nerveux.
E. Réseau fibrillaire.

Ces préparations proviennent d'un sujet ayant succombé — au cours d'une maladie aiguë — dix-huit ans après avoir subi l'amputation du bras droit au tiers supérieur.

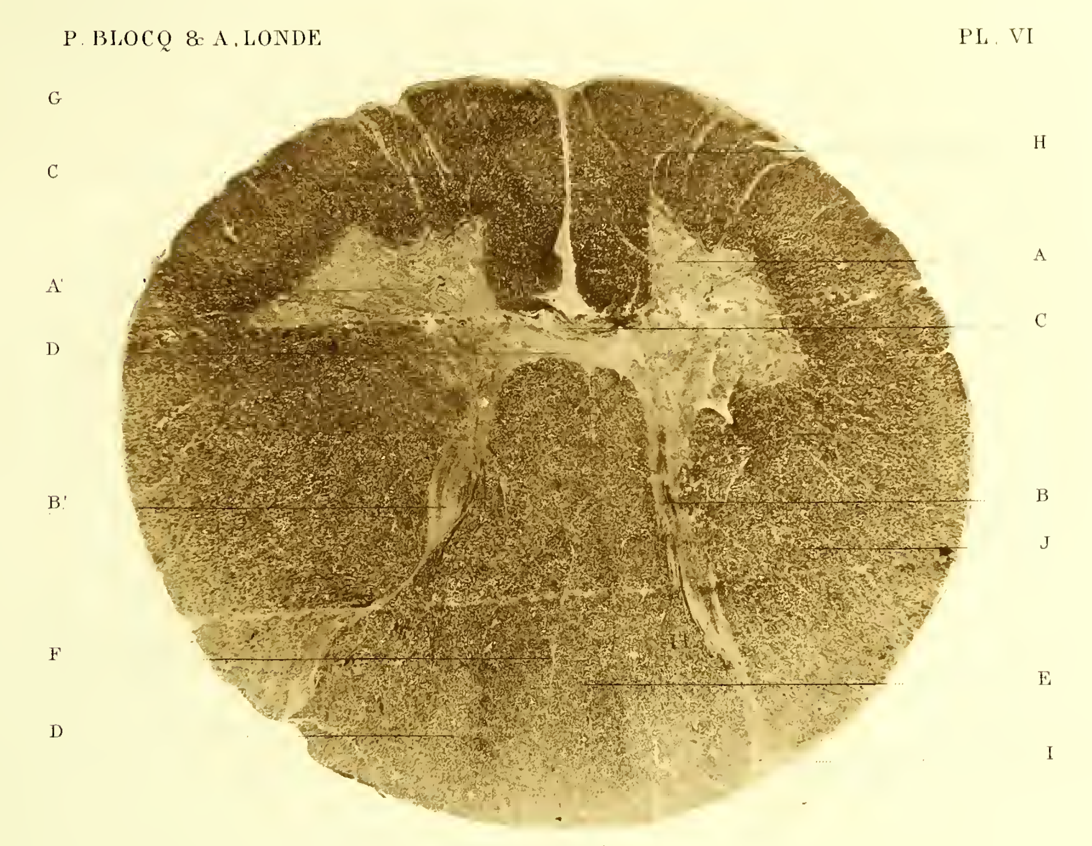


Figure 11



Figure 12

Photog. Lumiere & Fils Imp Wittmann

PLANCHE VII

Figure 13.

MYÉLITE AIGUE DIFFUSE. — Région cervico-dorsale.

Coupe pratiquée dans la région cervico-dorsale et colorée par la méthode de Pall.

La diffusion de l'inflammation très nette sur la figure est indiquée sur le schéma par les parties teintées. Les lésions vasculaires se voient également, même à ce faible grossissement.

A. Corne antérieure.
B. Corne postérieure.
C. Commissure antérieure.
D. Commissure postérieure.
E. Racine postérieure.
F. Sillon postérieur.
G. Sillon antérieur.
H. Faisceau postérieur sain.
I-J. Zones enflammées des cordons antérieurs.



K. Zone altérée du cordon postérieur.
L. Zone altérée du cordon latéral gauche.
M. Coupe longitudinale d'un vaisseau altéré.
N. Coupe transversale d'un vaisseau altéré.
O. Zone peu lésée du cordon latéral droit.

Figure 14.

MYÉLITE DIFFUSE. — Zone moyennement enflammée.

La figure représente un point du cordon latéral droit de la préparation de la figure précédente, vue à un fort grossissement (obj. 4, Vérick).

A. Cavité d'un vaisseau enflammé.
B. Sa paroi.
C. Espace périvasculaire infiltré de leucocythes.
D-D-D-D. Coupes de vaisseau altérés.
E. Tissu de sclérose.
F. Tubes nerveux conservés.
G-G. Partie de la préparation très peu altérée.

Ces préparations proviennent de pièces qui nous ont été obligeamment confiées par notre ami le Dr Achard. Elles ont fourni à cet auteur l'occasion d'un mémoire intitulé : *Sur un cas de myélite aiguë diffuse avec double névrite optique,* publié dans les *Archives de médecine expérimentale et d'anatomie pathologique,* 1er septembre 1889, n° 5, p. 696.

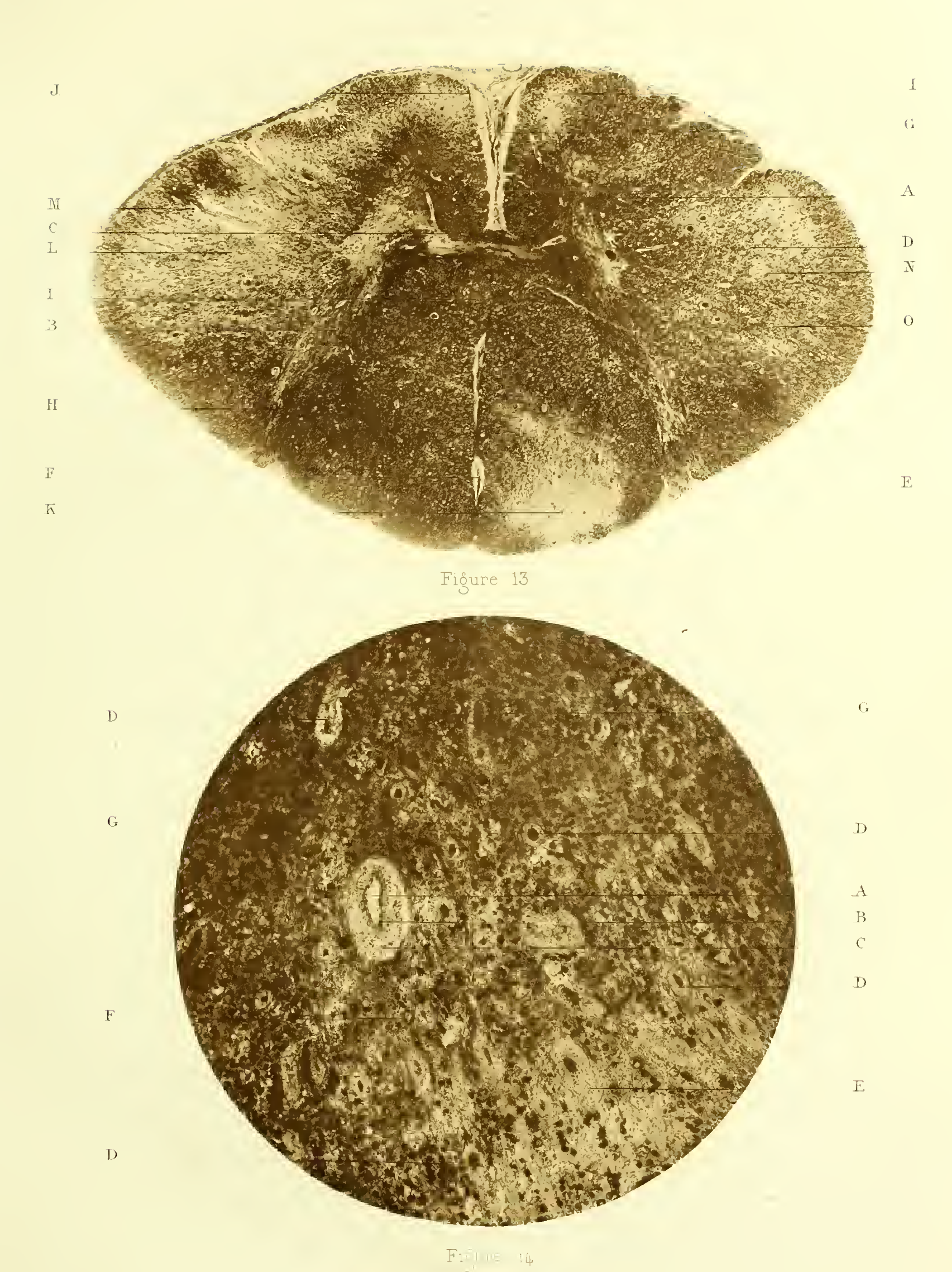


Figure 13

Figure 14

PLANCHE VIII

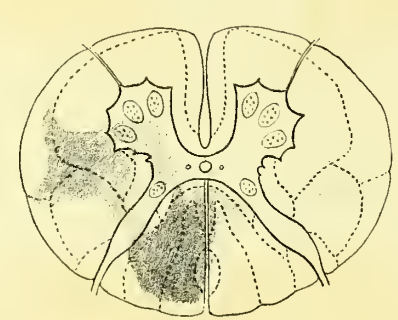
Figure 15.

MYÉLITE DIFFUSE. — Région dorsale inférieure.

Coupe pratiquée dans la région dorsale inférieure et colorée par la méthode de Pall.

Les lésions sont disséminées et atteignent leur summum d'intensité dans le cordon postérieur gauche. Les altérations vasculaires sont remarquables dans le faisceau latéral gauche.

A. Corne antérieure.
B. Corne postérieure.
C. Faisceau latéral droit un peu altéré.
D. Commissure antérieure.
E. Canal central.
F. Sillon antérieur.
G. Sillon postérieur.



H. Racine postérieure.
I. Cordon antérieur sain.
J. Faisceau latéral altéré.
K. Coupe de vaisseau altéré.
L. Faisceau postérieur sclérosé.
C'. Corne postérieure gauche altérée.

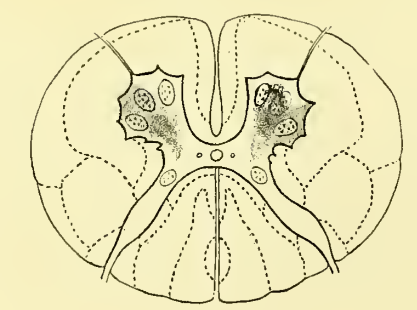
Figure 16.

MYÉLITE CAVITAIRE. — Région cervicale inférieure.

Coupe pratiquée dans la région cervicale inférieure, et colorée par la méthode de Pall.

Les lésions sont presque exclusivement cantonnées dans les cornes antérieures en des zones presque symétriques.

A-A. Zones saines des cornes antérieures.
B-B. Régions altérées.
C. Cavité pathologique.
D. Sillon antérieur.
E. Sillon postérieur.



F. Corne postérieure.
G. Cordon latéral.
H. Racine postérieure.
I. Faisceau postérieur.
J. Commissure antérieure.



Figure 15



Figure 16

PLANCHE IX

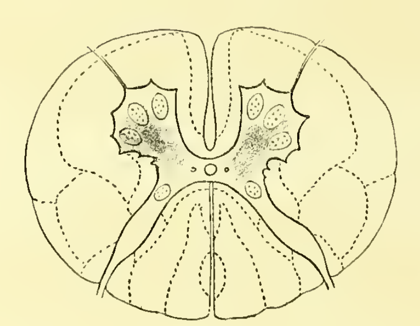
Figure 17.

MYÉLITE CAVITAIRE. — Région lombaire inférieure.

Coupe pratiquée dans la région lombaire supérieure et colorée par la méthode de Pall.

Les lésions sont localisées dans la partie centrale de la substance grise des cornes antérieures, et consistent en une inflammation diffuse avec désintégration et formation d'une petite cavité.

A. Région non altérée de la corne antérieure.
B. Groupe de cellules ganglionnaires respectées.
C. Corne postérieure.
D. Racine postérieure.
E. Commissure antérieure.
F. Commissure postérieure.
G. Sillon antérieur.



H. Sillon postérieur.
I. Cordon postérieur.
J. Racine antérieure.
K. Cavité pathologique de la corne antérieure gauche.
L. Cavité pathologique de la corne antérieure droite.
M. Faisceau latéral.

Figure 18.

MYÉLITE CAVITAIRE. — Région lombaire supérieure.

La figure représente une partie de la corne antérieure gauche d'une préparation analogue à celle de la figure précédente, colorée par le picro-carmin et vue à un grossissement moyen (obj. 2, Vérick).

A.-A.-A. Cellules ganglionnaires indemnes.
B. Cellule altérée.
C.-C. Cavité pathologique.
D. Substance fibrillaire du tissu altéré.
E. Coupe de tubes nerveux sains.

Les pièces qui nous ont fourni ces préparations de myélite cavitaire (fig. 16, 17 et 18) ont été recueillies sur une femme âgée de cinquante et un ans, malade pendant vingt-huit ans, ayant souffert de paraplégie douloureuse amyotrophique, puis d'atrophie musculaire des membres supérieurs (Marie Bes..., salle Rayer, n° 1, service de M. le Pr Charcot).



Figure 17

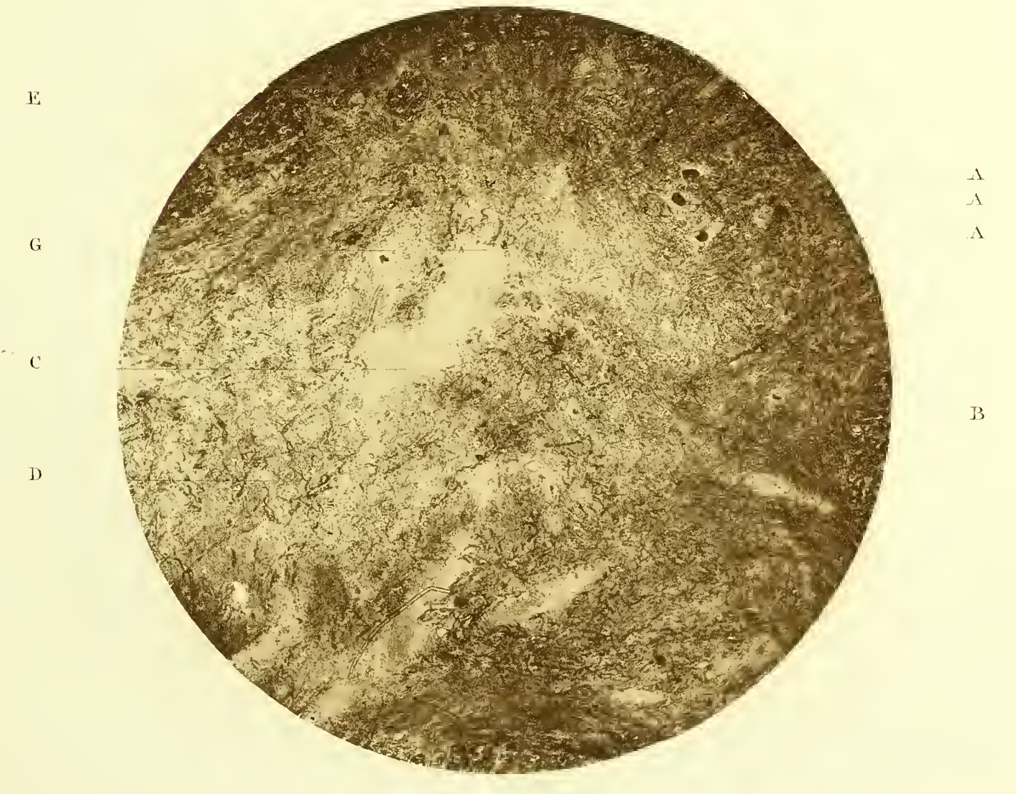


Figure 18

PLANCHE X

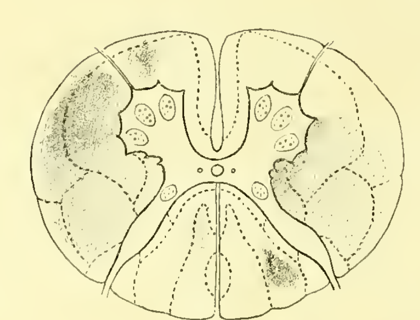
Figure 19.

SCLÉROSE EN PLAQUES. — Région cervicale lombaire.

Coupe pratiquée dans la région cervicale supérieure et colorée par la méthode de Pall.

On voit une petite plaque de sclérose très prononcée dans la zone radiculaire postérieure droite. Presque tout le cordon latéral gauche est envahi également, mais les lésions y sont moins accentuées, elles existent plus faibles encore dans le cordon latéral droit.

A. Corne antérieure.
B. Corne postérieure.
C. Partie saine du cordon antéro-latéral.
D. Commissure antérieure.
E. Commissure postérieure.
F. Sillon antérieur.
G. Sillon postérieur.
H. Racine postérieure.



I. Cordon postérieur.
J. Partie sclérosée du cordon latéral droit.
K. Partie sclérosée du cordon antéro-latéral gauche.
L. Plaque de sclérose du cordon latéral gauche.
M. Plaque de sclérose de la zone radiculaire.

Figure 20.

SCLÉROSE EN PLAQUES. — Région cervicale.

La figure représente un point de la région peu sclérosée, du cordon latéral droit de la préparation précédente colorée par la méthode de Pall. On y voit la persistance de nombreux tubes nerveux indemnes dans le tissu de sclérose.

A-A-A. Tissu scléreux.
B-B-B. Tubes nerveux indemnes.
C. Tube nerveux altéré, privé de sa myéline et réduit au cylinder-axis.
D. Tube nerveux moins altéré.
E. Vaisseau.

Ces pièces proviennent d'une malade, la nommée Guil..., dont il a été question dans les leçons cliniques de M. le Pr Charcot

P. BLOCQ & A. LONDE

PL. X



Figure 19

Figure 20

PLANCHE XI

Figure 21.

SCLÉROSE EN PLAQUES. — Région cervico-dorsale.

Coupe pratiquée dans la région cervico-dorsale et colorée par la méthode de Pall.

La sclérose occupe la presque totalité de la coupe, la partie indemne de la moelle est réduite à deux zones marginales latérales presque symétriques. On reconnaît encore, mais peu distincte, la substance grise englobée dans la plaque scléreuse.

A. Corne antérieure.
B. Corne postérieure.
C. Racine postérieure.
D. Sillon postérieur.
E. Canal central.
F. Commissure antérieure.



G. Sillon antérieur.
H-H. Parties indemnes des cordons antéro-latéraux.
I-I. Zones slérosées des mêmes cordons.
J. Cordons postérieurs sclérosés.

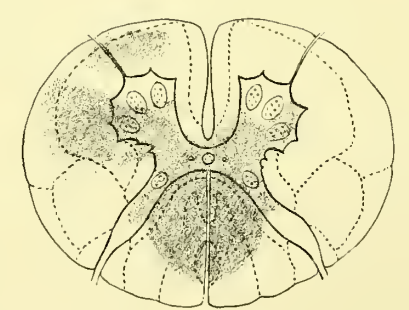
Figure 22.

SCLÉROSE EN PLAQUES. — Région cervicale inférieure.

Coupe pratiquée dans la région cervicale inférieure et colorée par la méthode de Pall.

On y voit la distribution très irrégulière des plaques de sclérose disséminées dans les cordons postérieurs, la substance grise, et la plus grande partie du cordon antéro-latéral gauche.

A. Partie indemne de la corne antérieure.
B. Corne postérieure altérée.
C. Racine postérieure.
D. Canal central.
E. Commissure antérieure.
F. Sillon antérieur.
G. Cordon antérieur normal.
H. Partie indemne du cordon postérieur.



I. Cordon latéral droit indemne.
J. Zone altérée du cordon antérieur gauche.
K. Sclérose latérale gauche.
L. Partie moins altérée de la même plaque.
M. Zone sclérosée du faisceau postérieur.

Ces deux préparations sont prises sur la même moelle provenant d'un autre sujet que celles qui ont fourni la planche X.



Figure 21

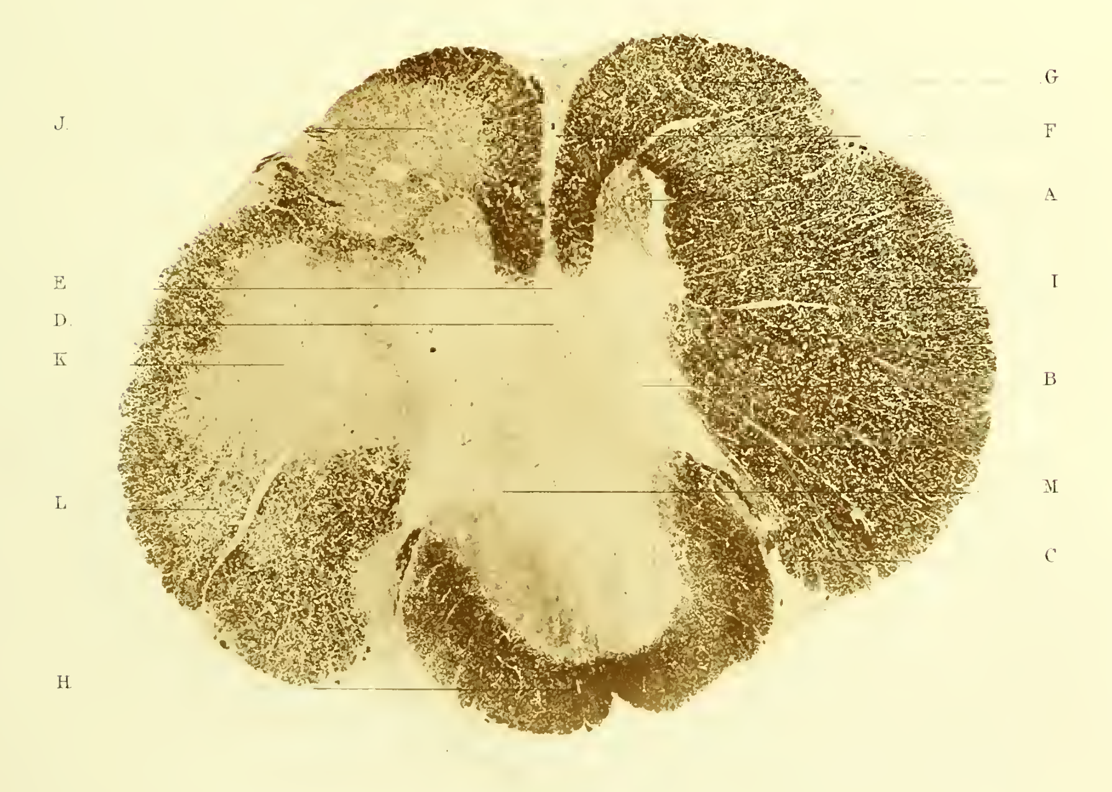


Figure 22

Photog. Lumiere & Fils
Imp.

PLANCHE XII

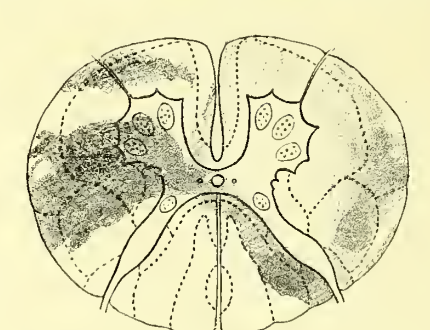
Figure 23.

SCLÉROSE EN PLAQUES. — Région cervicale inférieure.

Coupe pratiquée dans la région cervicale inférieure et colorée par la méthode de Pall.

On voit des plaques de sclérose extrêmement étendues, occupant la moitié droite de la moelle presque tout entière, et deux zones irrégulières dans la moitié gauche.

A. Corne antérieure.
B. Corne postérieure.
C. Racine postérieure.
D. Sillon postérieur.
E. Commissure postérieure.
F. Commissure antérieure.
G. Sillon antérieur.
H. Faisceau postérieur sain.
I. Zone respectée du faisceau antéro-latéral droit.



J. Plaque sclérosée du faisceau antérieur gauche.
K. Partie de la corne gauche envahie par la plaque de sclérose.
L. Partie de cette plaque située dans le faisceau lat. gauche.
M. Zone sclérosée du faisceau postérieur.
N. Zone sclérosée du faisceau latéral droit.

Figure 24.

SCLÉROSE EN PLAQUES. — Région cervicale.

La figure représente un point de la région très sclérosée du cordon latéral gauche de la préparation précédente, colorée par la méthode de Pall. Il n'existe guère que du tissu de nouvelle formation, les tubes nerveux ont presque complètement disparu, sauf en haut et à droite, partie moins altérée de la préparation.

A. Tissu de sclérose.
B-B. Région moins altérée où persistent un grand nombre de tubes nerveux.
C-C. Tubes nerveux, encore reconnaissables, dépourvus de myéline.
D. Tube intact ayant persisté.
E. Vaisseau.



Figure 23

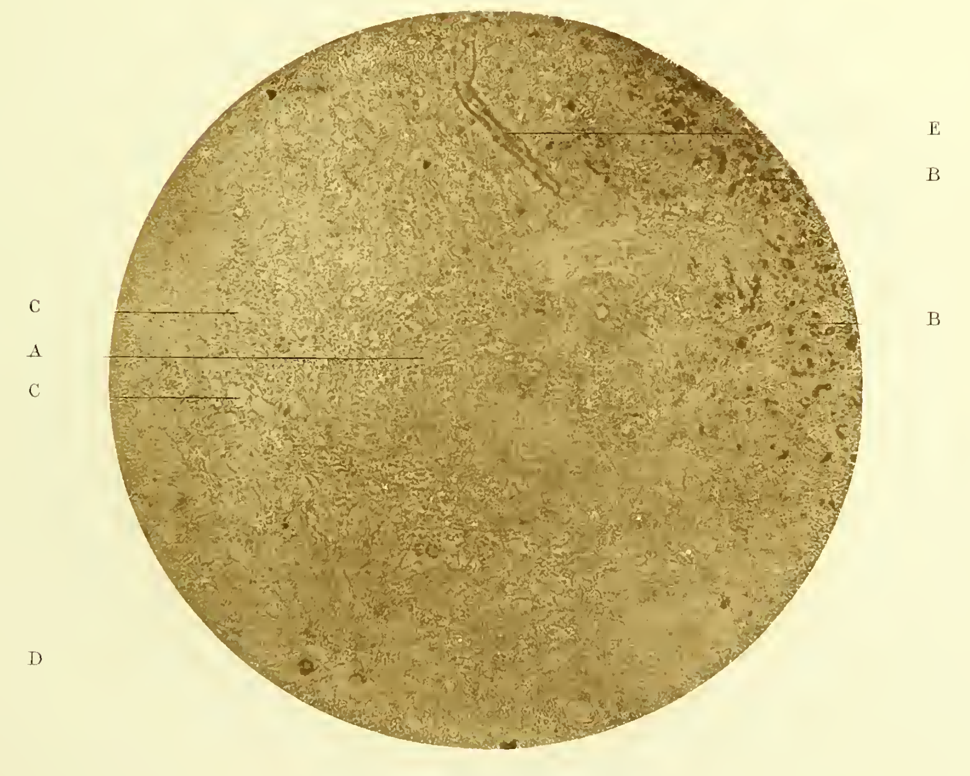


Figure 24

Photog. Lumière & Fils

PLANCHE XIII

Figure 25.

SCLÉROSE EN PLAQUES. — Région dorsale supérieure.

Coupe pratiquée dans la région dorsale supérieure et colorée par la méthode de Pall.

Les plaques de sclérose sont disséminées dans presque toutes les régions de la moelle qu'elles affectent avec une intensité variable plus marquée dans les cordons postérieurs.

A. Corne antérieure altérée.
A'. Corne antérieure indemne.
B. Corne postérieure altérée.
C. Racine postérieure.
D. Sillon postérieur.
E. Commissure postérieure.
F. Commissure antérieure.
G. Sillon antérieur.
H. Racine antérieure.
I. Partie saine du cordon antéro-latéral.
J. Partie saine du cordon postérieur.



K. Zone saine du cordon antéro-latéral droit.
L. Zone altérée du même cordon.
M. Zone sclérosée du cordon postérieur droit.
N. Zone sclérosée du cordon postérieur gauche.
O. Zone sclérosée du cordon antérieur gauche.
P. Zone sclérosée du cordon latéral gauche.

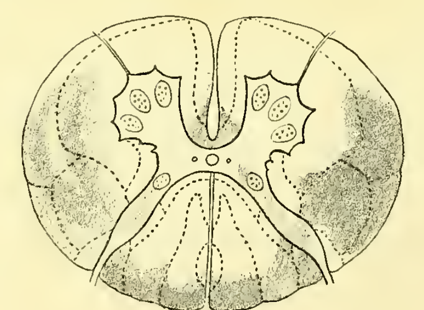
Figure 26.

SCLÉROSE EN PLAQUES. — Région cervicale.

Coupe pratiquée dans la région cervicale (pièce provenant d'un autre sujet que la précédente) et colorée par la méthode de Weigert.

Les altérations sont extrêmement intenses : seules les zones marginales et une partie de la substance fondamentale des cordons antéro-latéraux sont respectés par la lésion qui de plus présente cette particularité d'être presque symétrique.

A. Corne antérieure.
B. Corne postérieure.
C. Racine postérieure.
D. Sillon postérieur très épaissi.
E. Commissure postérieure.
F. Sillon antérieur.
G. Cordon antérieur sain.
H. Cordon postérieur peu altéré.
I. Cordon latéral sain.



J. Zone très altérée du cordon postérieur.
K. Faisceau latéral gauche sclérosé.
L-M. Partie sclérosée des cordons antérieurs.
N. Zone sclérosée du faisceau latéral gauche.

Les figures 23, 25 et 26 représentent des coupes de moelle empruntées chacune à des sujets différents.



Figure 25



Figure 26

Photog. Lumière & Fils Imp. Wittmann

PLANCHE XIV

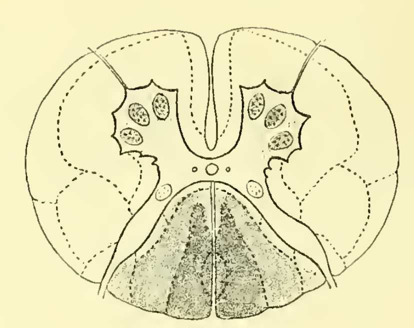
Figure 27.

LÉSION COMBINÉE. — Région cervicale.

Coupe pratiquée dans la région cervicale et colorée par la méthode de Pall.

Il s'agit d'une lésion des cornes antérieures combinée à une sclérose des cordons postérieurs.

A. Corne antérieure.
B. Corne postérieure.
C. Racine postérieure.
D. Sillon postérieur.
E. Commissure postérieure.
F. Commissure antérieure.
G. Sillon antérieur.



H. Cordon antéro-latéral.
I. Cordon antérieur.
J. Zone marginale peu altérée du cordon postérieur.
K. Zone sclérosée des cordons postérieurs.

Figure 28.

LESION COMBINÉE. — Corne antérieure.

La figure représente à un plus fort grossissement (obj. 2, Vérick) la corne antérieure d'une préparation analogue à la précédente et colorée par le picro-carmin. On y voit la diminution de nombre et l'altération des cellules ganglionnaires.

A. Racines antérieures.
B. Commissure grise.
C-C. Tubes nerveux coupés transversalement de la substance blanche avoisinante.
D. Cellule ganglionnaire restée saine.
E-E-E. Cellules ganglionnaires diversement altérées.

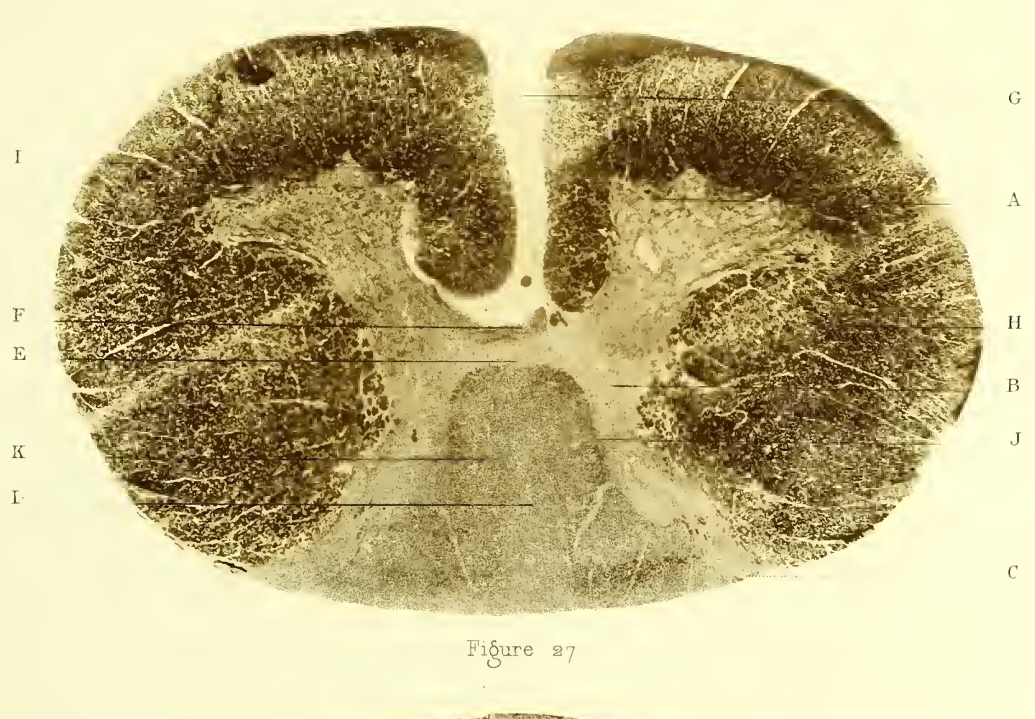


Figure 27



Figure 28

Photog. Lumière & Fils Imp. [illegible]tmann

PLANCHE XV

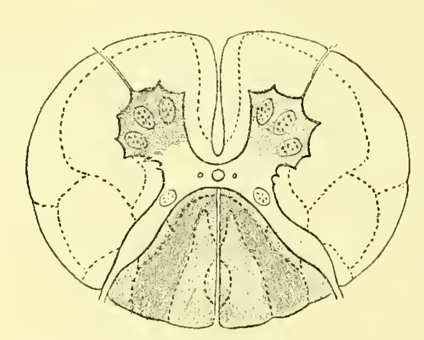
Figure 29.

LÉSION COMBINÉE. — Région dorsale.

Coupe pratiquée dans la région dorsale, et colorée par la méthode de Pall.

La pièce appartient au même sujet que celle de la planche précédente, c'est-à-dire qu'il existe de la sclérose postérieure et des altérations des cellules des cornes antérieures.

A. Corne antérieure droite moins altérée que
J. Corne antérieure gauche.
B. Corne postérieure.
C. Racines antérieures.
D. Commissure antérieure.
E. Canal central.



F. Sillon postérieur.
G. Sillon antérieur.
H. Racine postérieure.
I. Cordon latéral.
K-L. Cordons postérieurs sclérosés.

Figure 30.

LÉSION COMBINÉE. — Cordons postérieurs.

La figure représente un point des cordons postérieurs sclérosés de la préparation précédente, vu à un fort grossissement (obj. 4). On y voit les tubes nerveux disséminés dans un tissu de sclérose.

A-A-A. Tissu de sclérose.
B. Tubes nerveux restés indemnes, coupés transversalement.
C. Tubes nerveux, coupés obliquement.
D. Vaisseau à paroi épaissie.

Les préparations qui ont fourni les planches XIV et XV proviennent de pièces qui nous ont été obligeamment confiées par M. P. Marie. Elles se rapportent à la malade Sulz... qui est le sujet de l'observation V, du mémoire intitulé : « Sur une forme particulière d'atrophie musculaire progressive souvent familiale débutant par les pieds et les jambes, et atteignant plus tard les mains », publié par MM. Charcot et Marie dans la *Revue de médecine* (tome VI, février 1886, p. 114). Le compte rendu de l'autopsie de cette malade est encore inédit.



Figure 29

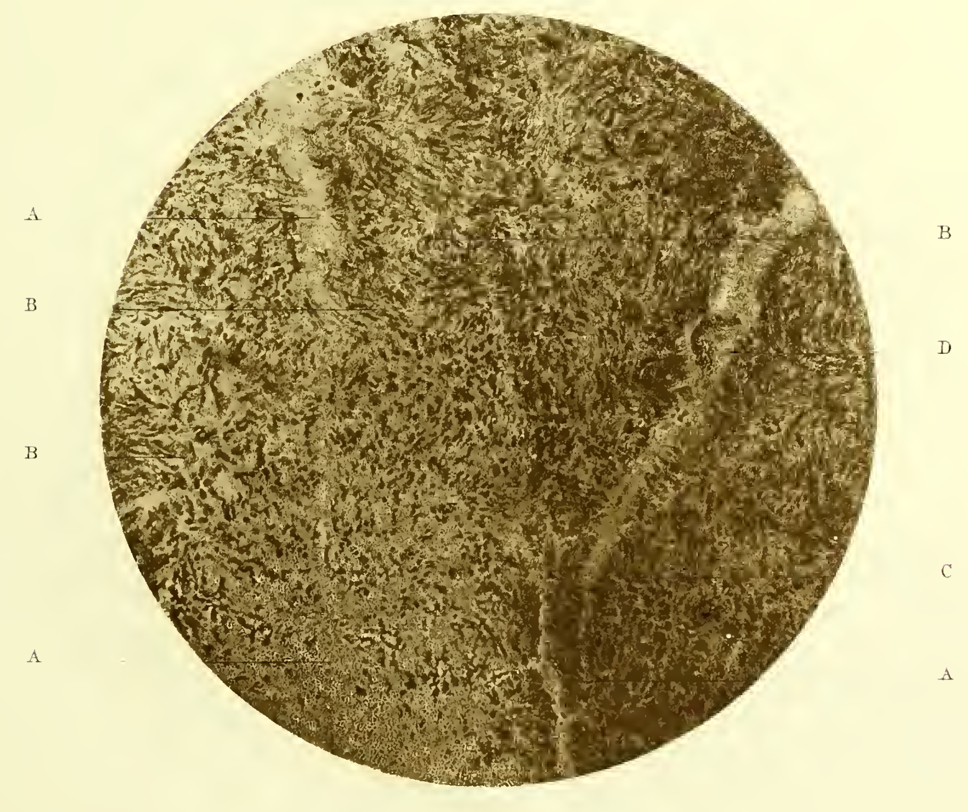


Figure 30

Photog. Lumiere & Fils Imp. Wittmann

PLANCHE XVI

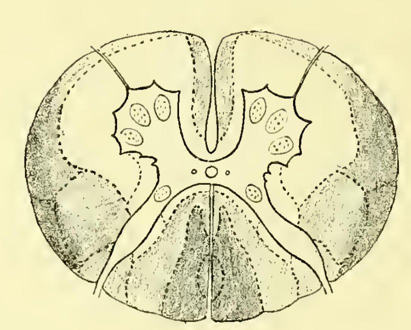
Figure 31.

SCLÉROSE COMBINÉE. — Région dorsale.

Coupe pratiquée dans la région dorsale et colorée par la méthode de Pall.

La sclérose occupe les cordons postérieurs et la presque totalité des faisceaux antéro-latéraux.

A. Corne antérieure.
B. Corne postérieure.
C. Racine postérieure.
D. Racine antérieure.
E. Commissure antérieure.
F. Commissure postérieure.
G. Sillon antérieur.
H. Sillon postérieur.



I. Zone de Westphal du cordon postérieur indemne.
J. Partie saine du cordon latéral.
K. Partie saine du cordon antérieur.
L. Faisceau de Gowers sclérosé.
M. Faisceau cérébelleux sclérosé.
N. Faisceau postérieur sclérosé.
O. Faisceau pyramidal sclérosé.

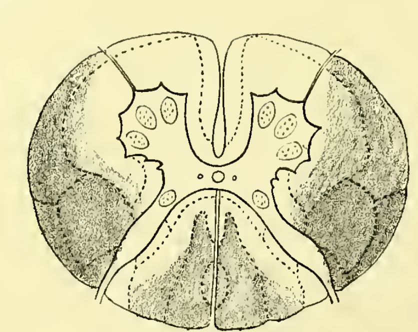
Figure 32.

SCLÉROSE COMBINÉE. — Région lombaire.

Coupe pratiquée dans la région lombaire et colorée par la méthode de Pall.

La sclérose est cantonnée dans des zones analogues à celles de la préparation précédente, mais y est plus limitée.

A. Corne antérieure.
A'. Cellules de la corne.
B. Corne postérieure.
C. Racine postérieure.
D. Canal central.
E. Commissure postérieure.
F. Commissure antérieure.



G. Sillon postérieur.
H. Sillon antérieur.
I. Faisceau antérieur respecté.
J. Faisceau de Gowers sclérosé.
K. Faisceau pyramidal sclérosé.
L. Faisceau postérieur sclérosé.
M. Zone de Westphal respectée.

Les deux préparations qui ont donné les figures de cette planche proviennent du même sujet.



Figure 31



Figure 32

Photog. Lumière & Fils. Imp. Wittmann

PLANCHE XVII

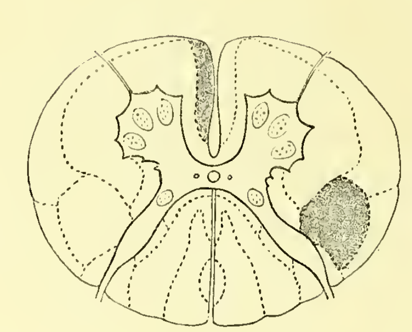
Figure 33.

DÉGÉNÉRATION SECONDAIRE DESCENDANTE D'ORIGINE CÉRÉBRALE. — Région cervicale.

Coupe pratiquée dans la région cervicale et colorée par la méthode au carmin.

On y voit la dégénération du faisceau pyramidal direct et du faisceau pyramidal croisé correspondant.

A. Corne antérieure.
B. Corne postérieure.
C. Racine postérieure.
D. Sillon postérieur.
E. Commissure postérieure.
F. Commissure antérieure.
G. Sillon antérieur.
H. Cordon antérieur sain.
I. Faisceau postérieur sain.



J. Faisceau cérébelleux direct sain.
K. Faisceau pyramidal croisé dégénéré.
I. Faisceau pyramidal direct dégénéré.
K'. Faisceau symétrique indemne.

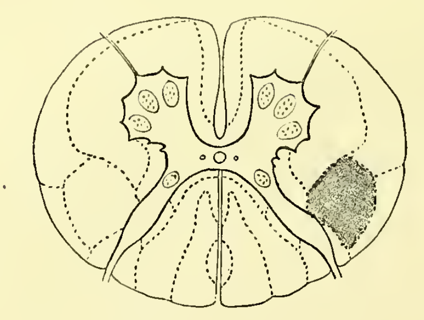
Figure 34.

DÉGÉNÉRATION SECONDAIRE DESCENDANTE D'ORIGINE CÉRÉBRALE. — Région lombaire.

Coupe pratiquée dans la région lombaire et colorée par la méthode de Pall.

On voit la dégénération portant sur le faisceau pyramidal.

A. Corne antérieure.
B. Corne postérieure.
C. Racine postérieure.
D. Sillon postérieur.
E. Commissure postérieure.
F. Commissure antérieure.
G. Sillon antérieur.
H. Faisceau antérieur.



I. Faisceau postérieur sain.
J. Faisceau cérébelleux direct sain.
K. Faisceau pyramidal dégénéré.
K'. Faisceau symétrique indemne.

Les pièces qui ont fourni ces préparations proviennent d'un sujet atteint d'hémorrhagie cérébrale avec hémiplégie et contracture secondaire, liée à la dégénération consécutive du faisceau pyramidal.



Figure 33



Figure 34

PLANCHE XVIII

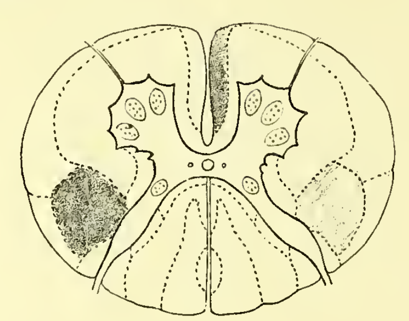
Figure 35.

DÉGÉNÉRATION SECONDAIRE DESCENDANTE DOUBLE D'ORIGINE CÉRÉBRALE. — Région cervicale.

Coupe pratiquée dans la région cervicale et colorée par la méthode de Weigert.

La dégénération plus ancienne est très prononcée à gauche, où le faisceau pyramidal croisé et le faisceau pyramidal direct sont très affectés ; elle est à peine marquée sur le seul faisceau pyramidal croisé droit.

A. Corne antérieure.
B. Corne postérieure.
C. Racine postérieure.
D. Commissure postérieure.
E. Commissure antérieure.
F. Sillon postérieur.
G. Sillon antérieur.



H. Faisceau pyramidal croisé gauche tout à fait dégénéré.
I. Faisceau pyramidal direct dégénéré.
J. Faisceau pyramidal croisé droit peu affecté.

Figure 36.

DÉGÉNÉRATION SECONDAIRE DESCENDANTE. — Région cervicale.

La figure représente un point du faisceau pyramidal croisé gauche dégénéré, de la préparation précédente, vu à un fort grossissement (obj. 4, Vérick). On y voit la disparition des tubes nerveux remplacés par du tissu de sclérose, ainsi que des lésions vasculaires.

A-A. Tissu de sclérose.
B. Corpuscule hyalin.
C. Tube nerveux peu altéré.
D-D. Tubes nerveux respectés.
E-E. Vaisseaux sclérosés.

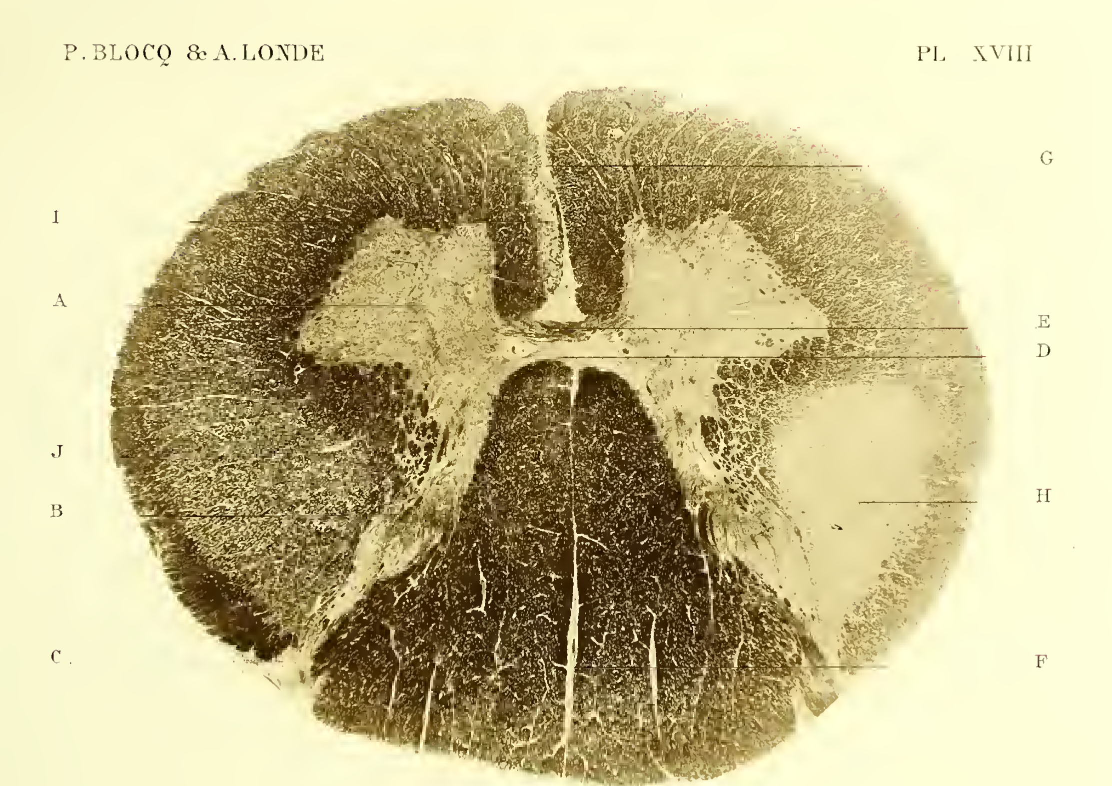


Figure 35



Figure 36

Photog. Lumiere & Fils

Imp. Wittmann

PLANCHE XIX

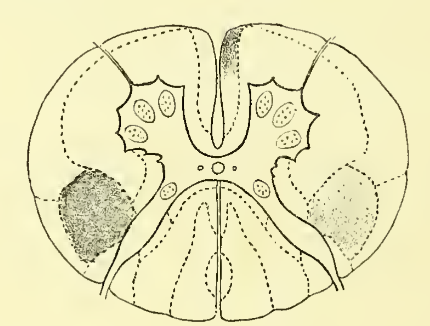
FIGURE 37.

DÉGÉNÉRATION SECONDAIRE DESCENDANTE DOUBLE D'ORIGINE CÉRÉBRALE. — RÉGION DORSALE.

Coupe pratiquée dans la région dorsale et colorée par la méthode de Weigert.

La dégénération plus ancienne est très prononcée à gauche, où le faisceau pyramidal croisé et le faisceau pyramidal direct sont très affectés; elle est à peine marquée sur le seul faisceau pyramidal croisé droit.

A. Corne antérieure.
B. Corne postérieure.
C. Racine postérieure.
D. Commissure postérieure.
E. Commissure antérieure.
F. Sillon antérieur.
G. Sillon postérieur.



H. Faisceau de Turck droit dégénéré.
I. Faisceau pyramidal gauche dégénéré.
J. Faisceau pyramidal droit peu atteint.

FIGURE 38.

DÉGÉNÉRATION SECONDAIRE DESCENDANTE. — RÉGION DORSALE.

La préparation montre un point du faisceau pyramidal gauche dégénéré, coupé longitudinalement, coloré par le carmin, vu à un fort grossissement. On ne distingue guère que du tissu fibrillaire disposé en faisceaux plus ou moins ondulés.

A-A. Faisceaux scléreux.
B-B. Tubes nerveux persistant.
C. Globules hyalins.
D. Vaisseaux.

Les préparations qui ont donné les figures des planches XVIII et XIX proviennent d'un sujet ayant été atteint de foyers d'hémorrhagie cérébrale localisés successivement dans l'un et l'autre hémisphère, et ayant entraîné de la dégénération secondaire. Au foyer le plus ancien (droit) correspond la dégénération très accusée du faisceau pyramidal gauche.

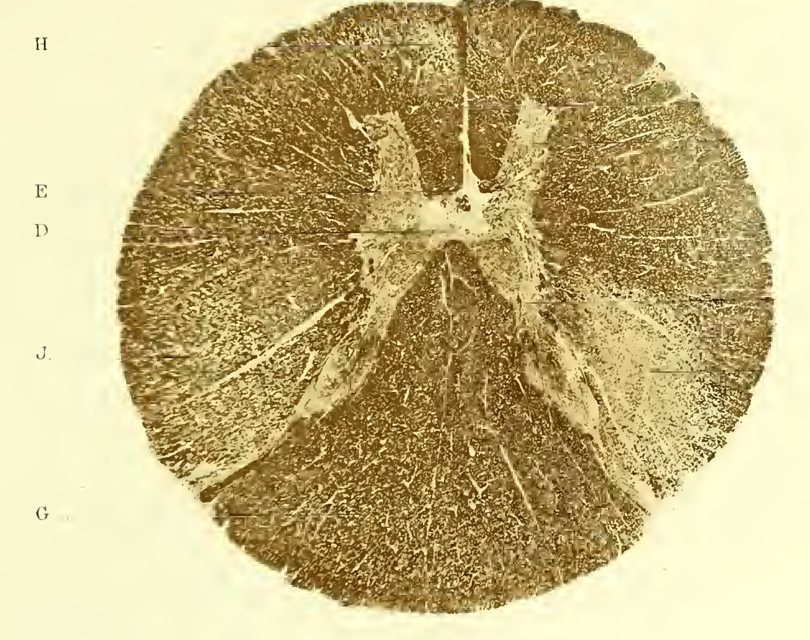


Figure 37

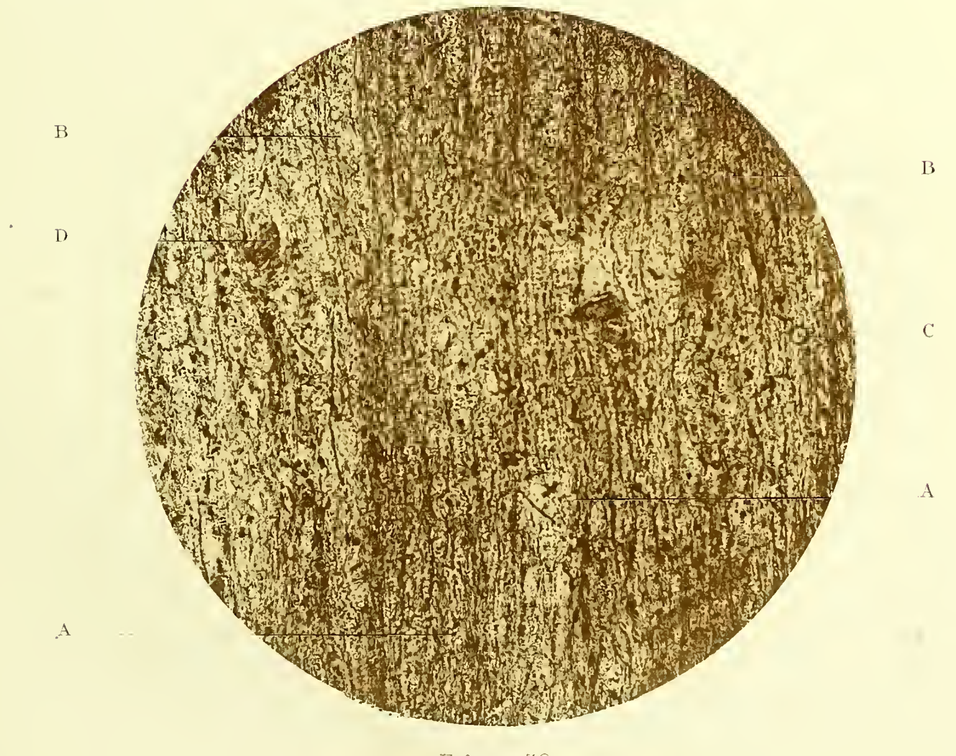


Figure 38

Photog. Lumière & Fils Imp. Wittmann

PLANCHE XX

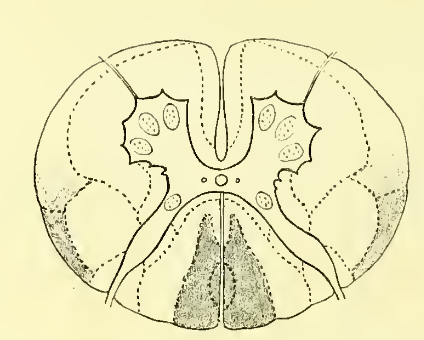
Figure 39.

DÉGÉNÉRATION SECONDAIRE ASCENDANTE D'ORIGINE SPINALE. — Région cervicale.

Coupe pratiquée dans la région cervicale et colorée par la méthode de Weigert.

On voit la dégénération ascendante extrêmement intense sur les cordons de Goll, et à peine marquée sur les faisceaux cérébelleux directs, et de Gowers.

A. Corne antérieure.
B. Corne postérieure.
C. Racine postérieure.
D. Sillon postérieur.
E. Commissure postérieure.
F. Commissure antérieure.



G. Sillon antérieur.
H. Faisceau pyramidal intact.
I. Faisceau postérieur normal.
J. Cordon de Goll dégénéré.
K. Faisceau cérébelleux direct peu altéré.

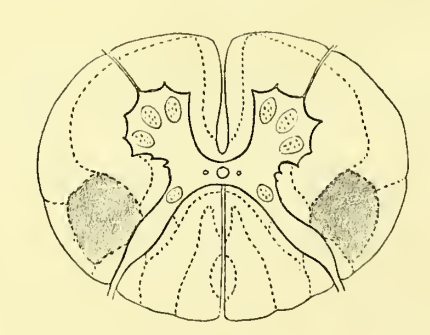
Figure 40.

DÉGÉNÉRATION SECONDAIRE DESCENDANTE D'ORIGINE SPINALE. — Région lombaire.

Coupe pratiquée dans la région lombaire et colorée par la méthode de Weigert.

La dégénération occupe symétriquement les faisceaux pyramidaux croisés.

A. Corne antérieure.
B. Corne postérieure.
C. Racine postérieure.
D. Sillon postérieur.
E. Commissure antérieure.
F. Commissure postérieure.
G. Sillon antérieur.



H. Racine antérieure.
I. Cordon postérieur indemne.
J-J. Faisceaux pyramidaux dégénérés.
K. Partie respectée du faisceau antéro-latéral.



Figure 39



Figure 40

Photog. Lumiere & Fils.

PLANCHE XXI

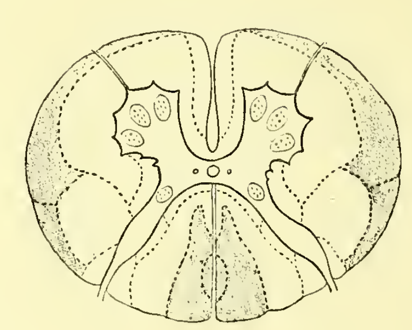
FIGURE 41.

DÉGÉNÉRATION SECONDAIRE ASCENDANTE D'ORIGINE SPINALE. — RÉGION DORSALE SUPÉRIEURE.

Coupe pratiquée dans la région dorsale supérieure et colorée par la méthode de Weigert.

La dégénération siège dans les cordons de Goll, les faisceaux cérébelleux directs et de Gowers.

A. Corne antérieure.
B. Corne postérieure.
C. Racine postérieure.
D. Sillon postérieur.
E. Canal central.
F. Commissure antérieure.
G. Sillon antérieur.



H. Partie indemne du faisceau antéro-latéral.
I. Partie indemne du faisceau postérieur.
J. Faisceau de Gowers dégénéré.
K. Faisceau cérébelleux direct dégénéré.
L. Faisceau de Goll dégénéré.

FIGURE 42.

DÉGÉNÉRATION SECONDAIRE ASCENDANTE D'ORIGINE SPINALE. — RÉGION DORSALE SUPÉRIEURE.

La figure représente un point du cordon de Goll dégénéré de la préparation précédente coloré par la méthode de Weigert et vu à un fort grossissement (obj. 4, Vérick). On y voit un tissu de sclérose dans lequel persistent quelques tubes nerveux.

A. Tissu de sclérose.
B-B. Faisceaux ondulés du même tissu.
C-C-C. Tubes nerveux sains.
D. Cavité d'un vaisseau altéré.
E. Paroi épaissie du même faisceau.

Les préparations qui ont fourni les planches XX et XXI viennent d'un sujet atteint de Mal de Pott avec compression de la moelle au niveau de la région dorsale inférieure, et dégénération ascendante au-dessus du siège de la compression, descendante au-dessous.



Figure 41

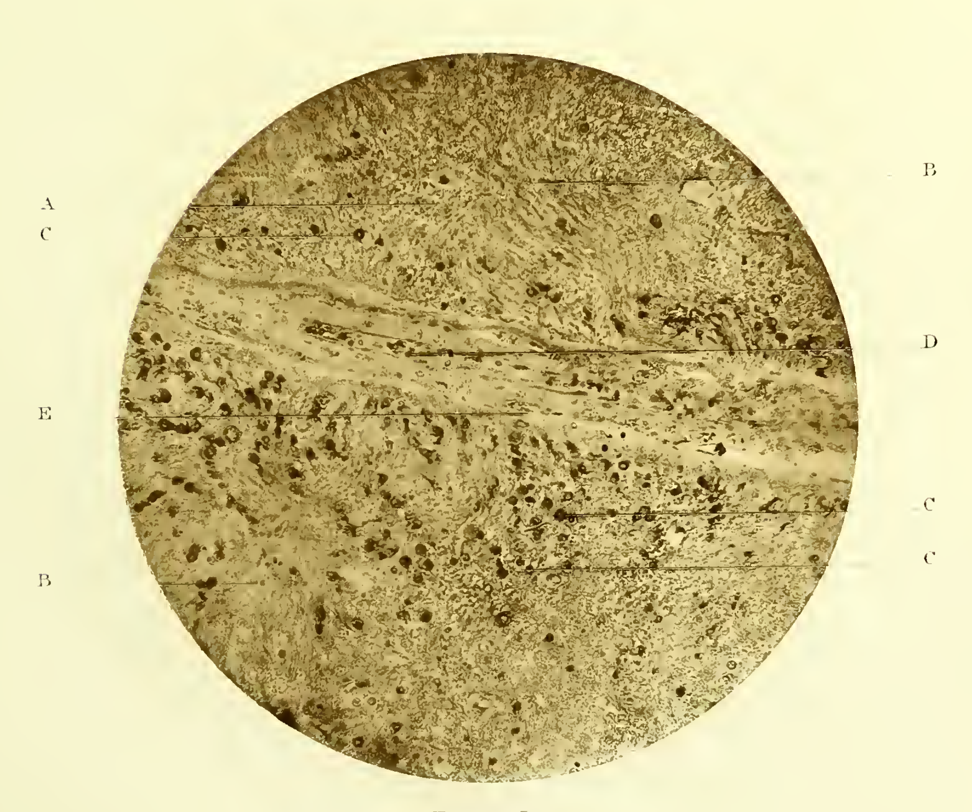


Figure 42

Photog. Lumiere & Fils Imp Wittmann

PLANCHE XXII

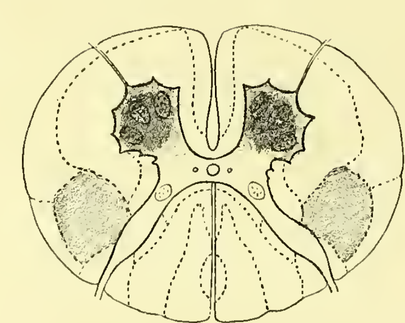
FIGURE 43.

PARALYSIE SPINALE SUBAIGUE DE L'ADULTE (POLIOMYÉLITE). — RÉGION CERVICO-DORSALE.

Coupe pratiquée dans la région cervico-dorsale et colorée par la méthode de Pall.

On y voit la lésion des cornes antérieures, et la légère dégénération correspondante des faisceaux pyramidaux.

A-A'. Cornes antérieures altérées et asymétriques.
B. Corne postérieure.
C. Racine postérieure.
D. Sillon postérieur.
E. Commissure postérieure.
F. Commissure antérieure.



G. Sillon antérieur.
H-H. Parties indemnes des faisceaux antéro-latéraux.
I. Faisceau postérieur.
J-J. Faisceaux pyramidaux dégénérés.

FIGURE 44.

PARALYSIE SPINALE SUBAIGUE DE L'ADULTE (POLIOMYÉLITE). — RÉGION CERVICO-DORSALE.

La figure représente l'un des foyers inflammatoires des cornes antérieures de la préparation précédente, colorée au carmin, et vue à un fort grossissement (obj. 4, Vérick). On y voit les lésions des cellules et leur disparition en du tissu fibrillaire.

A-A. Cellules altérées.
B-B-B. Cellules peu altérées.
C. Vaisseau.
D. Tissu fibrillaire.

A.
F
E
H.
J.
I
C

G
A'
H
B
J
D

Figure 43

C

D
A
A

B
B
B

Figure 44

Photog. Lumière & Fils. Imp. Vatmann

PLANCHE XXIII

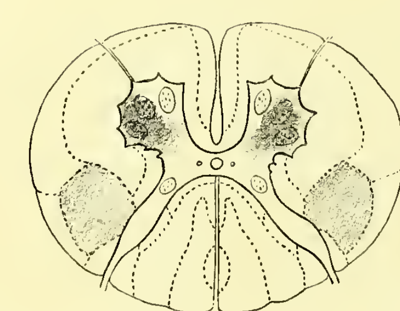
Figure 45.

PARALYSIE SPINALE SUBAIGUE DE L'ADULTE (POLIOMYÉLITE). — Région cervicale.

Coupe pratiquée dans la région cervicale et colorée par la méthode de Pall.

On voit les lésions des cornes antérieures et la dégénération secondaire des faisceaux pyramidaux.

A. Région peu altérée.
A'. Région peu altérée de la corne antérieure.
B. Corne postérieure.
C. Sillon postérieur.
D. Racine postérieure.
E. Commissure antérieure.
F. Commissure postérieure.



G. Sillon antérieur.
H. Cordon postérieur.
I. Partie indemne du faisceau antéro-latéral.
J. Faisceau cérébelleux indemne.
K-K'. Faisceaux pyramidaux dégénérés.

Les préparations qui nous ont fourni les figures 43, 44, 45, proviennent de la malade Ham... qui est le sujet de l'observation IV, d'un mémoire intitulé : « Poliomyélites et polynévrites » publié par l'un de nous en collaboration avec M. Marinesco dans la *Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière* (1890, n°s 4, 5 et 6).

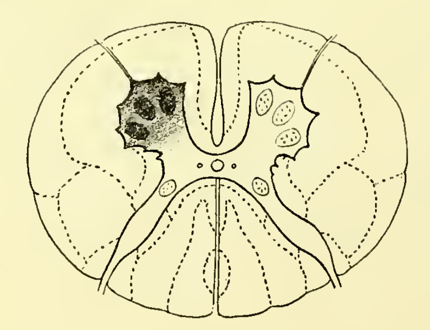
Figure 46.

PARALYSIE INFANTILE (POLIOMYÉLITE). — Région cervicale.

Coupe pratiquée dans la région cervicale et colorée par la méthode de Weigert.

On voit aisément la différence considérable du volume des deux cornes antérieures, la droite est presque double de la gauche. On remarque de même l'homogénéité du tissu (cicatriciel) de la corne altérée alors que la symétrique présente son réseau fibrillaire et ses cellules ganglionnaires normales. Le manteau blanc de la moelle est sain :

A. Corne antérieure saine.
A'. Corne antérieure altérée.
B. Corne postérieure.
C. Racine postérieure.
D. Sillon postérieur.
E. Commissure postérieure.



F. Commissure antérieure.
G. Sillon antérieur.
H. Faisceau postérieur.
I. Faisceau antéro-latéral.
J. Racines antérieures.



Figure 45



Figure 46

Photog. Lumiere & Fils Imp. W...mann

PLANCHE XXIV

Figure 47.

PARALYSIE INFANTILE (POLIOMYÉLITE). — Région lombaire.

Coupe pratiquée au niveau du renflement lombaire et colorée par la méthode de Weigert.

Il est aisé d'y constater l'asymétrie des deux moitiés tout entières de la moelle, et notamment des deux cornes antérieures, dont la droite est beaucoup plus volumineuse que la gauche. De plus il existe un contraste frappant entre l'aspect des deux cornes, la gauche étant formée d'un tissu amorphe, cicatriciel, la droite montrant son réseau fibrillaire et ses cellules normales.

A. Corne saine.
a-a-a. Ses cellules ganglionnaires.
A'. Corne altérée.
B. Corne postérieure.
C. Racine postérieure.



D. Sillon postérieur.
E. Commissure antérieure.
F. Commissure postérieure.
G. Sillon antérieur.
H. Cordon latéral.
I. Cordon postérieur.

Figure 48.

PARALYSIE INFANTILE (POLIOMYÉLITE). — Corne antérieure.

La figure montre à un fort grossissement un point de la lésion de la corne antérieure de la préparation précédente. On reconnaît quelques cellules très altérées dans un tissu formé de détritus granuleux sillonné par des vaisseaux thrombosés.

A. Cellule ganglionnaire altérée.
B. Son noyau.
C. Son nucléole.
D. Ses granulations.
E-E. Débris de cellules.
F. Cellule très altérée.
G-G. Leucocythes.
H. Substance granuleuse.
I-I-I. Vaisseaux.
J. Tissu de sclérose.



Figure 47

Figure 48

Photog. Lumière & Fils Imp. Wittmann

PLANCHE XXV

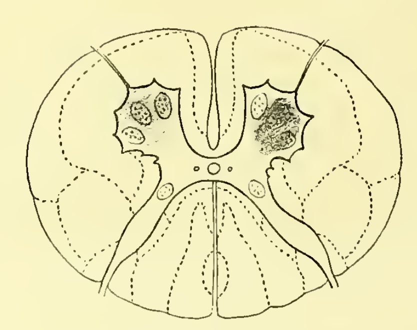
Figure 49.

PARALYSIE INFANTILE (POLIOMYÉLITE). — Région lombaire.

Coupe pratiquée dans la région lombaire et colorée par la méthode de Weigert.

On constate la présence de deux foyers inflammatoires, l'un plus intense dans la corne antérieure droite, l'autre dans la corne antérieure gauche.

A. Partie non altérée de la corne droite.
B. Corne postérieure.
C. Foyer myélitique droit.
C'. Foyer myélitique gauche.
D. Vaisseau altéré.
E. Racine postérieure.



F. Commissure antérieure.
G. Canal central.
H. Sillon postérieur.
I. Sillon antérieur.
J. Faisceau latéral.
K. Faisceau postérieur.

Toutes nos figures de paralysie infantile sont la reproduction de préparations choisies dans la collection léguée par le professeur Damaschino au Musée de la Salpêtrière.

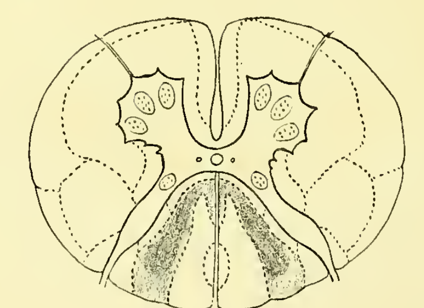
Figure 50.

ATAXIE LOCOMOTRICE PROGRESSIVE. — Région lombaire.

Coupe pratiquée dans la région lombaire et colorée par la méthode de Pall.

Il s'agit d'un cas de tabès au début, les lésions sont cantonnées dans les zones radiculaires moyennes de Burdach.

A. Corne antérieure.
a. L'une de ses cellules.
B. Corne postérieure.
C. Racine postérieure.
D. Sillon postérieur.
E. Commissure grise.
F. Sillon antérieur.
G. Faisceau antéro-latéral.



H. Cordon de Goll respecté.
I. Zone de Lissauer et zone postérieure du faisceau de Burdach indemne.
J. Zone de Westphal non altérée.
K-K'. Zones de Burdach sclérosées.

Cette pièce qui nous a été obligeamment confiée par M. Marinescô se rapporte à un cas de tabès au début provenant du service de Westphal. Les lésions sont tout à fait analogues à celles d'un cas rapporté récemment par M. Raymond (Topographie des lésions spinales du tabès au début. — *Revue de médecine*, tome XI, janvier 1891).



Figure 49



Figure 50

PLANCHE XXVI

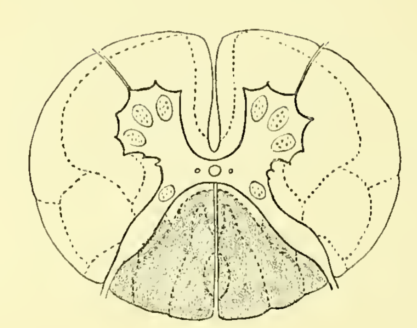
Figure 51.

ATAXIE LOCOMOTRICE PROGRESSIVE. — Région cervicale.

Coupe pratiquée dans la région cervicale et colorée par la méthode de Weigert.

Les lésions occupent, d'une façon classique, la presque totalité des cordons postérieurs.

A. Corne antérieure.
B. Corne postérieure.
C. Racine postérieure.
D. Sillon postérieur.
E. Commissure antérieure.
F. Commissure postérieure.
G. Sillon antérieur.



H. Faisceau latéral.
I. Zone antéro-externe de Westphal.
J. Cordon de Goll.
K. Faisceau de Burdach.
L. Zone postéro-externe de Westphal.

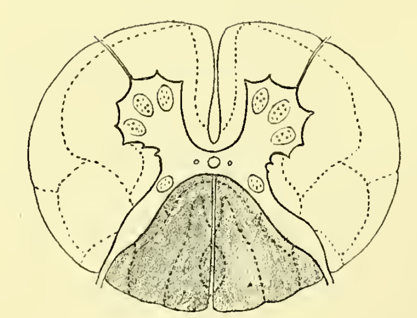
Figure 52.

ATAXIE LOCOMOTRICE PROGRESSIVE. — Région dorsale.

Coupe pratiquée dans la région dorsale et colorée par la méthode de Weigert.

Cas classique dans lequel on voit la sclérose presque totale des faisceaux postérieurs.

A. Corne antérieure.
B. Corne postérieure.
C. Racine postérieure sclérosée.
D. Sillon postérieur.
E. Commissure antérieure.



F. Commissure postérieure.
G. Sillon antérieur.
H. Faisceau antéro-latéral.
I. Cordon postérieur sclérosé.



Figure 51

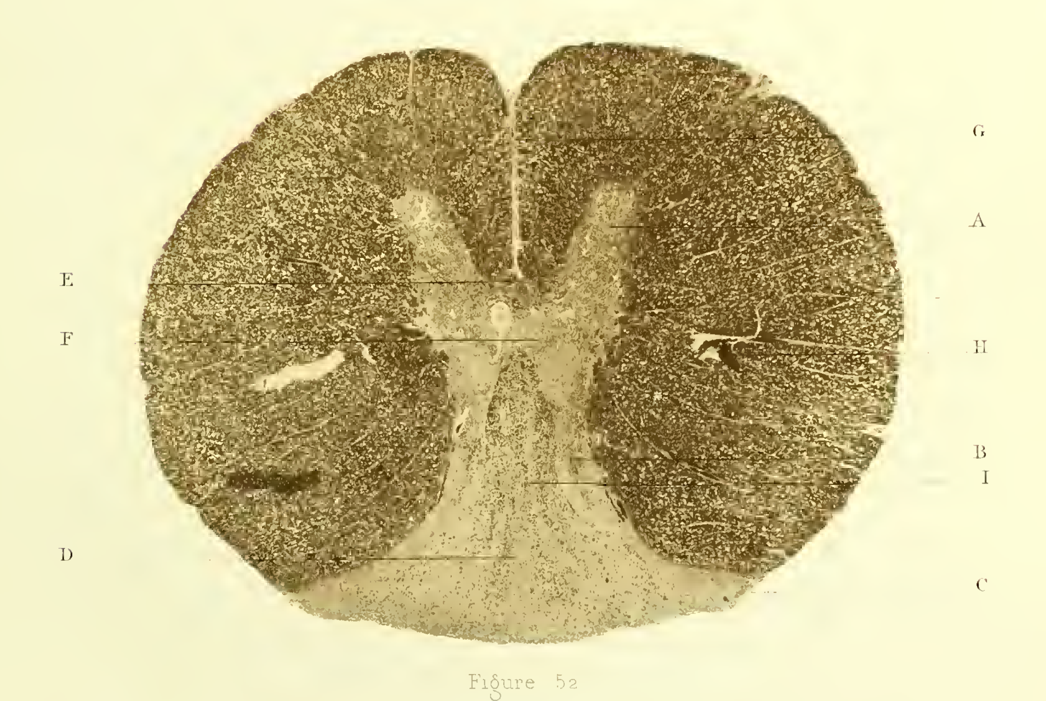


Figure 52

PLANCHE XXVII

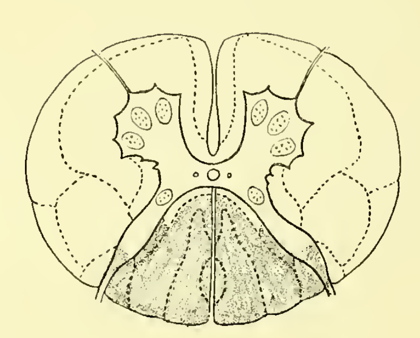
Figure 53.

ATAXIE LOCOMOTRICE PROGRESSIVE. — Région lombaire.

Coupe pratiquée dans la région lombaire et colorée par la méthode de Pall.

La lésion occupe son siège habituel dans les cordons postérieurs.

A. Corne antérieure.
B. Corne postérieure.
C. Racine postérieure sclérosée.
D. Canal central.
E. Commissure antérieure.
F. Sillon postérieur.



G. Sillon antérieur.
H. Faisceau antérieur.
I. Faisceau latéral.
J. Zone antéro-externe de Westphal.
K. Faisceau postérieur sclérosé.

Figure 54.

ATAXIE LOCOMOTRICE PROGRESSIVE. — Corne postérieure.

La figure représente un point des cordons postérieurs sclérosés de la pièce précédente, mais la préparation a été colorée par le picrocarmin. On y voit le tissu de sclérose dans lequel persistent un assez grand nombre de tubes nerveux.

A. Tissu de sclérose.
B. Tube nerveux altéré.
C-C. Tube nerveux sain.
D. Corps granuleux.
E. Vaisseaux.

Les figures 51-52-53 ont trait au tabès classique, avec lésions typiques des cordons postérieurs et proviennent d'un sujet ayant présenté l'évolution régulière de la maladie.



Figure 53

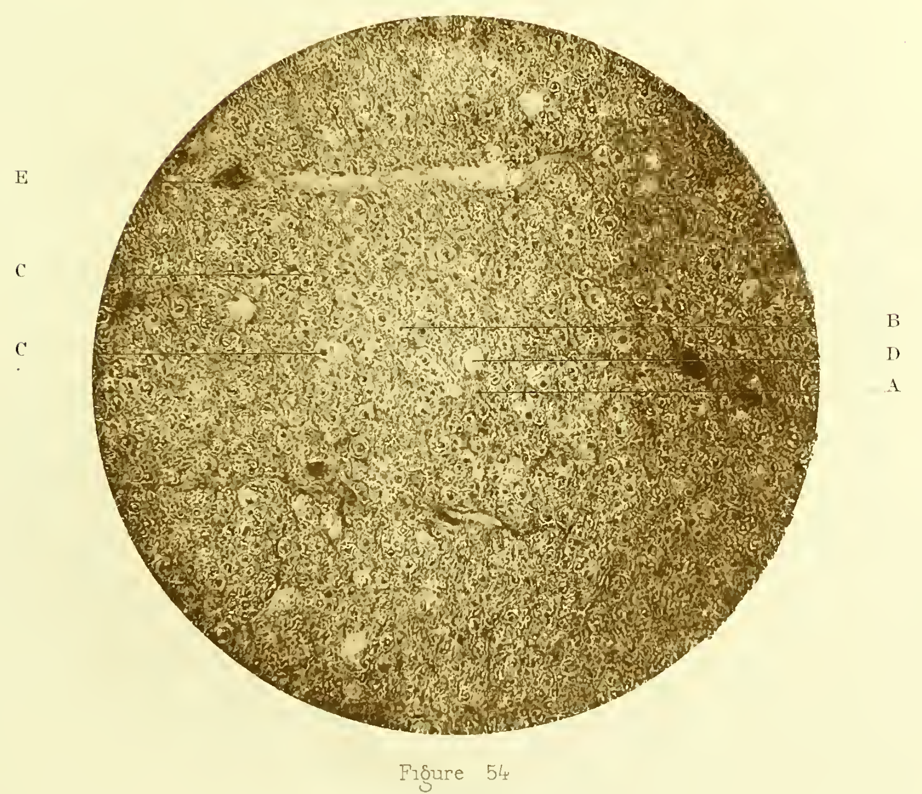


Figure 54

Photog. Lumiere & Fils

PLANCHE XXVIII

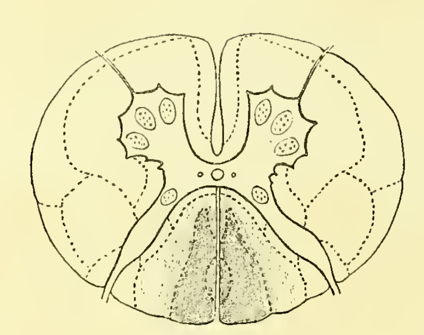
Figure 55.

ATAXIE LOCOMOTRICE PROGRESSIVE. — Région cervicale.

Coupe pratiquée dans la région cervicale et colorée par la méthode de Weigert.

Il s'agit d'un cas où les lésions étaient particulièrement intenses dans les régions lombaire et dorsale, aussi cette préparation montre-t-elle surtout les lésions secondaires du cordon de Goll, les faisceaux de Burdach étant relativement peu altérés.

A. Corne antérieure.
B. Corne postérieure.
C. Racine postérieure.
D. Sillon postérieur.
E. Commissure postérieure.
F. Commissure antérieure.



G. Sillon antérieur.
H. Faisceau antérieur.
I. Faisceau latéral.
J. Faisceau de Burdach.
K. Cordon de Goll.

Figure 56.

ATAXIE LOCOMOTRICE PROGRESSIVE. — Cordons postérieurs.

Coupe longitudinale pratiquée sur les cordons postérieurs sclérosés et colorée au picro-carmin.

On voit un tissu de sclérose, avec des corps hyalins, et des lésions vasculaires.

A. Tissu de sclérose.
B. Tube nerveux.
C. Corps hyalin.
D. Coupe longitudinale d'un vaisseau.
E. Sa coupe transversale.
F. Épaississement de sa paroi.
G. Vaisseau thrombosé.



Figure 55

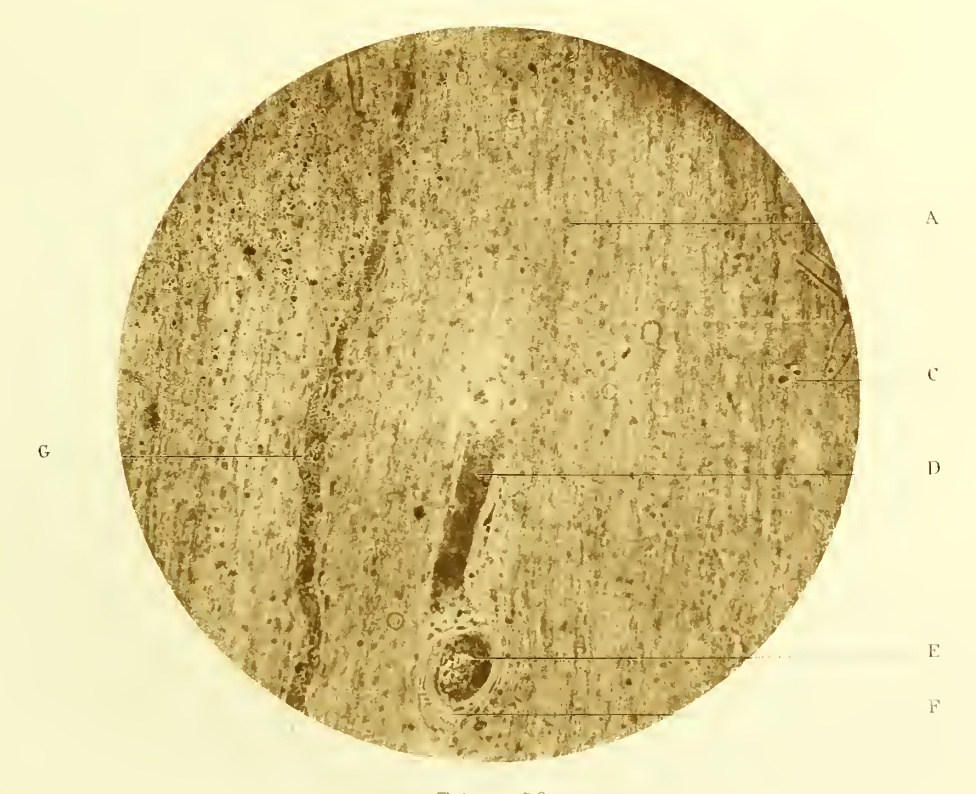


Figure 56

Photog. ... & Fils Imp. Wittmann

PLANCHE XXIX

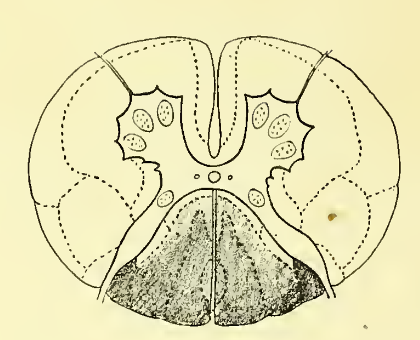
Figure 57.

ATAXIE LOCOMOTRICE PROGRESSIVE. — Région lombaire.

Coupe pratiquée dans la région lombaire et colorée par la méthode de Pall.

On y voit la lésion particulièrement intense à la partie postérieure des cordons postérieurs, et ayant envahi les zones de Lissaüer.

A. Corne antérieure.
B. Corne postérieure.
C. Racine postérieure sclérosée.
D. Sillon postérieur.
E. Canal central.
F. Sillon antérieur.



G. Cordon latéral.
H. Zone de Westphal moins altérée.
I. Faisceau de Burdach altéré.
J. Zone de Lissaüer altérée.

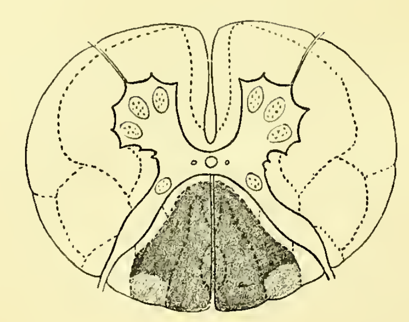
Figure 58.

ATAXIE LOCOMOTRICE PROGRESSIVE. — Région cervicale.

Coupe pratiquée au niveau du renflement cervical et colorée par la méthode de Weigert.

La lésion, contrairement à celle de la figure précédente, a épargné la partie postérieure des faisceaux de Burdach, et les zones de Lissaüer. Seul le cordon de Goll est altéré dans toute son étendue.

A. Corne antérieure.
B. Corne postérieure.
C. Racine postérieure.
D. Sillon postérieur.
E. Commissure postérieure.
F. Commissure antérieure.
G. Sillon antérieur.



H. Faisceau latéral.
I. Zone antérieure de Westphal.
J. Zone de Lissaüer.
K. Zone postérieure de Westphal.
L. Cordon de Goll.

Les figures 55, 57 et 58 représentent des préparations de tabès dans lesquelles les lésions présentent des sortes de variétés du type normal figuré dans les planches précédentes. Elles proviennent toutes trois de sujets différents.



Figure 57



Figure 58

Phototypie Lumière & Fils Imp. Wittmann

PLANCHE XXX

Figure 59.

ATAXIE LOCOMOTRICE PROGRESSIVE. — Région cervicale.

La figure représente à un grossissement plus fort (obj. 2, Vérick) la préparation de la figure précédente, pour montrer le détail des lésions.

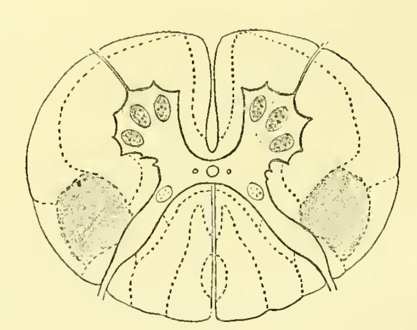
A. Corne antérieure.
B. Corne postérieure.
C. Sillon postérieur.
D. Commissure postérieure.
E. Commissure antérieure.
F. Sillon antérieur.
G-G. Zones de Lissaüer indemnes se confondant avec la zone postérieure des faisceaux de Burdach.
H. Zone antéro-externe de Westphal.
I. Partie moyenne de la zone radiculaire sclérosée.
J. Lésion vasculaire.

Figure 60.

SCLÉROSE LATÉRALE, AMYOTROPHIQUE (MALADIE DE CHARCOT). — Région cervicale supérieure.

Coupe pratiquée dans la région cervicale supérieure et colorée par la méthode de Pall.

La sclérose des faisceaux pyramidaux est très nettement dessinée.



A. Corne antérieure.
B. Corne postérieure.
C. Racine postérieure.
D. Sillon postérieur.
E. Commissure postérieure.
F. Commissure antérieure.
G. Sillon antérieur.
H. Partie fondamentale du faisceau antéro-latéral.
I. Faisceau postérieur.
J-J. Faisceaux pyramidaux sclérosés.



Figure 59



Figure 60

Photog. Lumière & Fils Imp. Wittmann

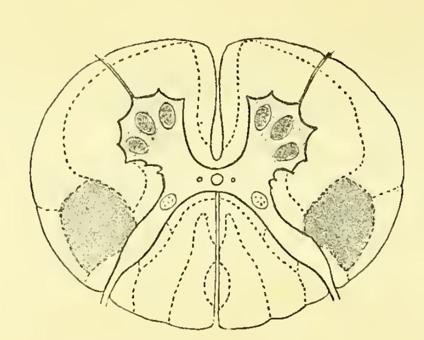
PLANCHE XXXI

Figure 61.

SCLÉROSE LATÉRALE AMYOTROPHIQUE (MALADIE DE CHARCOT). — Renflement cervical.

Coupe pratiquée dans le renflement cervical et colorée par la méthode de Pall.

La lésion est visible dans la zone des faisceaux pyramidaux.



A. Corne antérieure.
B. Corne postérieure.
C. Racine postérieure.
D. Sillon postérieur.
E. Commissure postérieure.
F. Commissure antérieure.
G. Sillon antérieur.
H. Partie fondamentale des faisceaux antéro-latéraux.
I. Cordons postérieurs.
J-J. Faisceaux pyramidaux sclérosés.

Figure 62.

SCLÉROSE LATÉRALE AMYOTROPHIQUE (MALADIE DE CHARCOT). — Faisceaux pyramidaux.

La figure représente un point de la région sclérosée des faisceaux latéraux colorée au picrocarmin, vue à un grossissement fort (obj. 4, Vérick). On voit des tubes nerveux disparaissant dans un tissu de sclérose.

A. Tissu de sclérose.
B-B. Gros tractus fibreux.
C. Tubes nerveux détruits.
D-D. Tubes nerveux indemnes.



Figure 61



Figure 62

PLANCHE XXXII

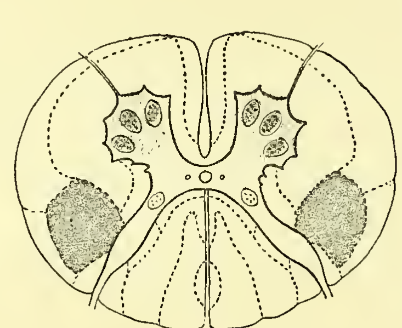
Figure 63.

SCLÉROSE LATÉRALE AMYOTROPHIQUE (MALADIE DE CHARCOT). — Région dorsale moyenne.

Coupe pratiquée dans la région dorsale moyenne et colorée par la méthode de Pall.

La lésion est strictement cantonnée dans les faisceaux pyramidaux et les cornes antérieures.

A. Corne antérieure.
B. Corne postérieure.
C. Racines postérieures.
D. Sillon postérieur.
E. Commissure postérieure.
F. Commissure antérieure.



G. Sillon antérieur.
H. Partie fondamentale des faisceaux antéro-latéraux.
I. Cordon postérieur.
J-J. Faisceaux pyramidaux sclérosés.

Figure 64.

SCLÉROSE LATÉRALE AMYOTROPHIQUE (MALADIE DE CHARCOT). — Corne antérieure.

La figure montre un point de la région de la corne antérieure colorée au picrocarmin et vue à un grossissement fort (obj. 4, Vérick). On y distingue les lésions des cellules ganglionnaires des cornes antérieures.

A. Tissu fibrillaire.
B-B. Cellules peu altérées.
C. Cellules atrophiées et privées de prolongements.
D-D. Cellules très atrophiées.



Figure 63

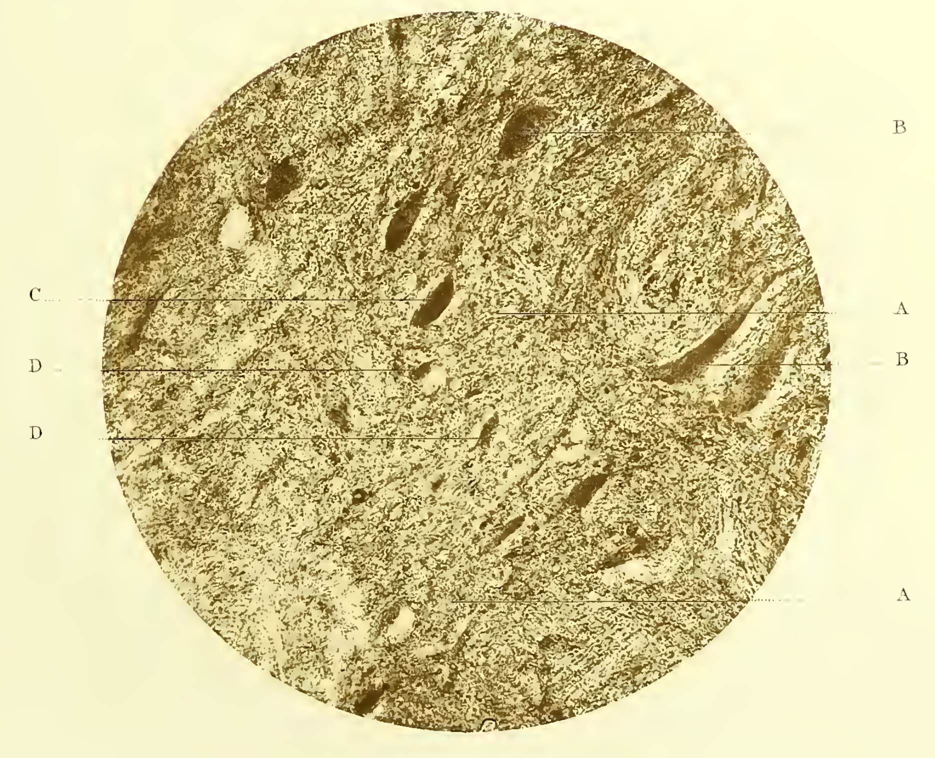


Figure 64

Photog. Lumière & Fils

Imp. Mts.

PLANCHE XXXIII

Figure 65.

SCLÉROSE LATÉRALE AMYOTROPHIQUE (MALADIE DE CHARCOT). — Région lombaire.

Coupe pratiquée dans la région lombaire et colorée par la méthode de Pall.

La lésion occupe toujours la zone des faisceaux pyramidaux, elle se remarque aussi dans la région des cornes antérieures de la substance grise.

A. Corne antérieure.
B. Corne postérieure.
C. Racine postérieure.
D. Sillon postérieur.
E. Commissure postérieure.
F. Commissure antérieure.



G. Sillon antérieur.
H. Partie fondamentale du faisceau antéro-latéral.
I. Cordon postérieur.
J-J. Faisceaux pyramidaux altérés.

Figure 66.

SCLÉROSE LATÉRALE AMYOTROPHIQUE (MALADIE DE CHARCOT). — Faisceau pyramidal.

Coupe longitudinale de la région sclérosée colorée par le picrocarmin et vue à un grossissement (obj. 4, Vérick).

On y voit la disposition fasciculaire du tissu scléreux, et les lésions vasculaires.

A-A. Faisceaux fibreux.
B. Corps granuleux.
C. Paroi d'un vaisseau.
D. Globules rouges.

Toutes ces préparations de Sclérose latérale amyotrophique se rapportent à la moelle épinière d'un même sujet, du service de la Clinique des maladies nerveuses, le nommé Néd..., qui présenta pendant sa vie le tableau classique de la maladie de Charcot, et mourut selon l'ordinaire d'accidents bulbaires. L'autopsie que nous en avons faite est encore inédite.



Figure 65



Figure 66

Photog. Lumière & Fils Imp. Wittmann

PLANCHE XXXIV

Figure 67.

MOELLE DE FŒTUS DE CINQ MOIS. — Région lombaire.

Coupe pratiquée dans la région lombaire et colorée par la méthode de Pal.

On y voit le peu de développement du manteau blanc de la moelle, et notamment des faisceaux postérieurs, et des faisceaux pyramidaux. Ces derniers n'existent pas encore.

A. Corne antérieure.
a-a-a. Cellules ganglionnaires.
B. Corne postérieure.
C. Racine postérieure.
D. Sillon postérieur.
E. Canal central.



F. Commissure grise.
G. Sillon antérieur.
H. Partie fondamentale du faisceau antéro-latéral.
I. Région du faisceau pyramidal.

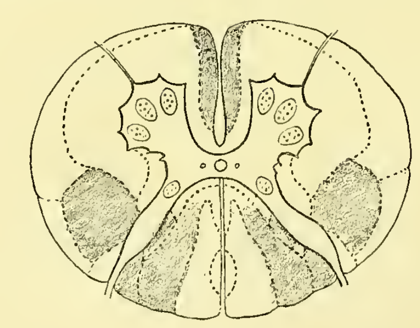
Figure 68.

MOELLE DE FŒTUS DE CINQ MOIS. — Région cervicale.

Coupe pratiquée dans la région cervicale et colorée par la méthode de Weigert.

L'absence presque complète de la myéline des faisceaux pyramidaux est très nettement visible, ainsi que le faible développement des faisceaux de Burdach.

A. Corne antérieure.
a-a-a. Cellules ganglionnaires.
B. Cornes postérieures.
C. Racine postérieure.
D. Sillon postérieur.
E. Canal central.
F. Commissure antérieure.
G. Sillon antérieur.



H. Partie fondamentale des cordons antéro-latéraux.
I. Faisceau pyramidal croisé.
J. Cordon cérébelleux direct.
K. Faisceau pyramidal direct.
L. Faisceau de Burdach.
M. Faisceau de Goll.

Nous avons reproduit ici ces préparations, qui sont en quelque sorte la justification embryologique de la localisation des lésions dans les myélites systématiques dont nous avons présenté des exemples.



Figure 67



Figure 68

Photog. Lumière & Fils. Imp Wittmann

PLANCHE XXXV

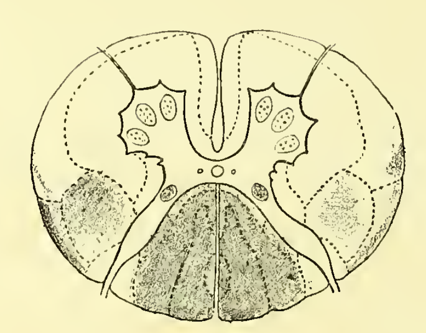
Figure 69.

MALADIE DE FRIEDREICH. — Région cervicale.

Coupe pratiquée dans la région cervicale et colorée par la méthode de Pall.

La distribution de la sclérose est beaucoup plus accentuée dans les cordons postérieurs que dans les faisceaux latéraux où elle occupe les faisceaux pyramidaux, cérébelleux directs, et une petite zone du faisceau de Gowers.

A. Corne antérieure.
B. Corne postérieure.
C. Racine postérieure.
D. Sillon postérieur.
E. Commissure postérieure.
F. Commissure antérieure.
G. Sillon antérieur.
H. Partie fondamentale du faisceau antéro-latéral.



I. Zone sclérosée du faisceau de Gowers.
J. Colonne de Clarke altérée.
K. Faisceau pyramidal altéré.
L. Cordon postérieur altéré.
M. Faisceau cérébelleux direct altéré.

Figure 70.

MALADIE DE FRIEDREICH. — Faisceau pyramidal.

La préparation montre un point du faisceau pyramidal faisant partie de la coupe représentée dans la figure précédente, vu à un fort grossissement (obj. 4, Vérick). Les tubes nerveux sont encore nombreux dans le tissu de sclérose.

A-A. Tissu de sclérose.
B. Tube nerveux altéré.
C. Tube nerveux sain.



Figure 69

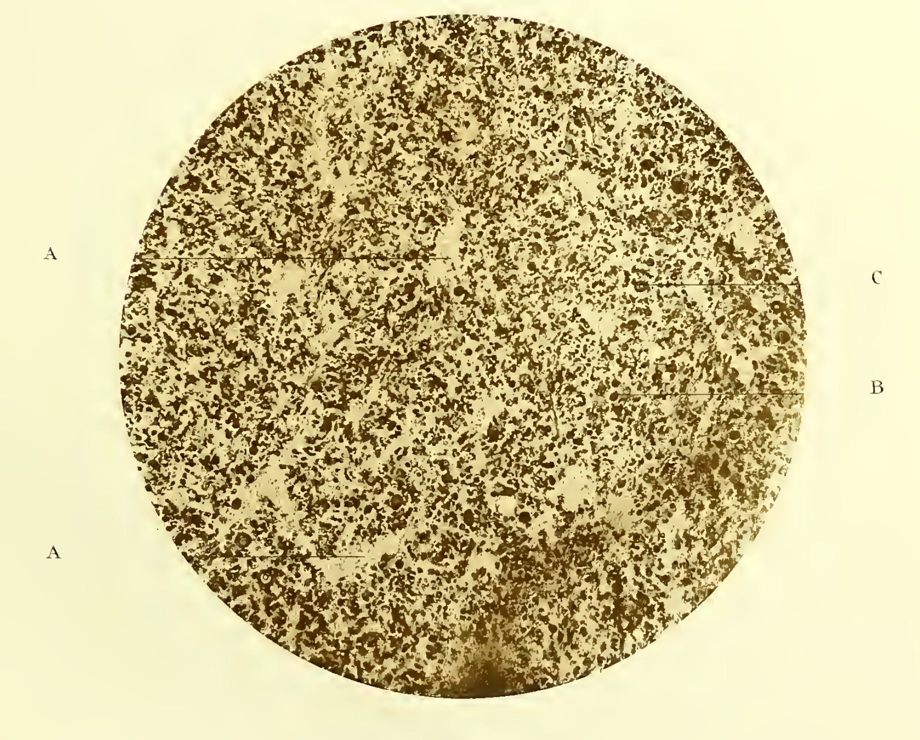


Figure 70

Photog. Lumière & Fils

PLANCHE XXXVI

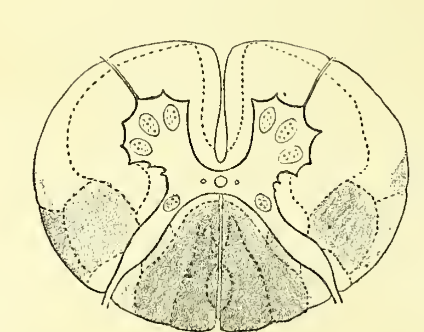
Figure 71.

MALADIE DE FRIEDREICH. — Région dorsale.

Coupe pratiquee dans la région dorsale supérieure et colorée par la méthode de Pall.

On y voit très nettement la distribution systématique de la lésion reproduite, de plus, sur le schéma.

A. Corne antérieure.
B. Corne postérieure.
C. Racine postérieure.
D. Sillon postérieur.
E. Commissure antérieure.
F. Commissure postérieure.
G. Sillon antérieur.
H. Cordon antérieur.
I. Zone de Westphal indemne.
J. Zone de Lissaüer peu altérée.



K. Partie non altérée du faisceau latéral.
L. Partie altérée du faisceau de Gowers.
M. Faisceau pyramidal altéré.
N. Faisceau cérébelleux direct altéré.
O. Faisceau de Goll altéré.
P. Faisceau de Burdach altéré.

Figure 72.

MALADIE DE FRIEDREICH.

Vue à un fort grossissement d'une partie du faisceau de Burdach sclérosé, coloré par la méthode de Pall.

A-A. Substance fibrillaire du tissu de sclérose.
B-B. Tubes nerveux restés sains.
C-C-C. Tubes nerveux altérés.
D. Vaisseau.

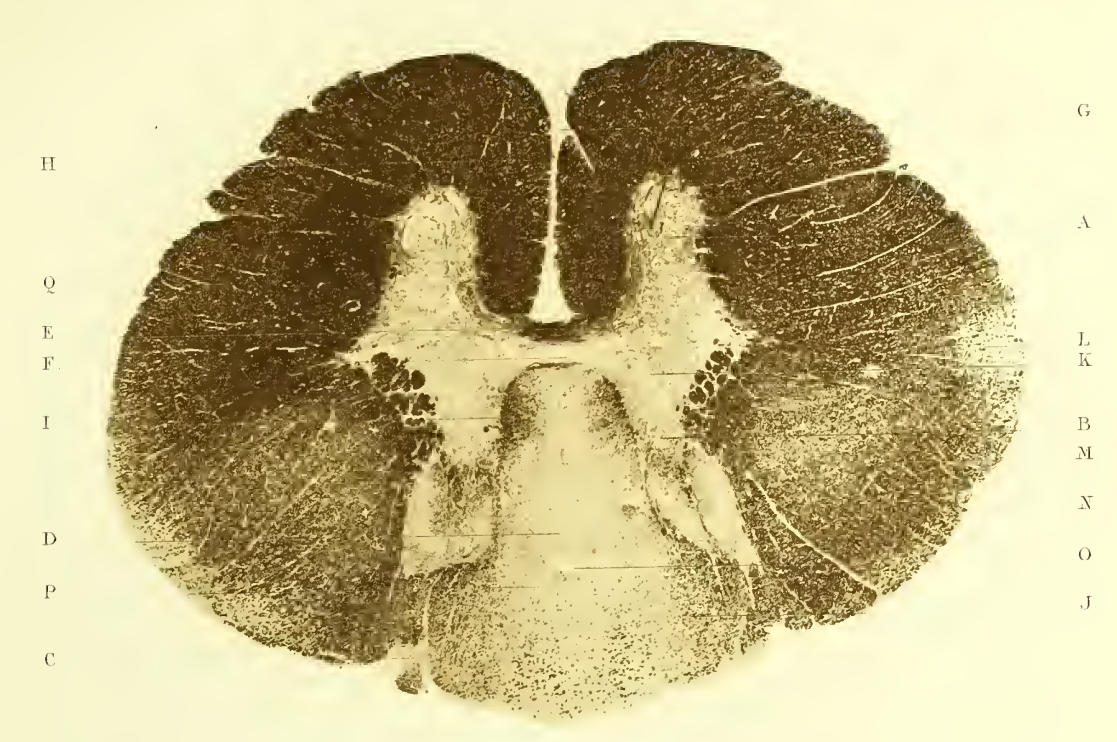


Figure 71

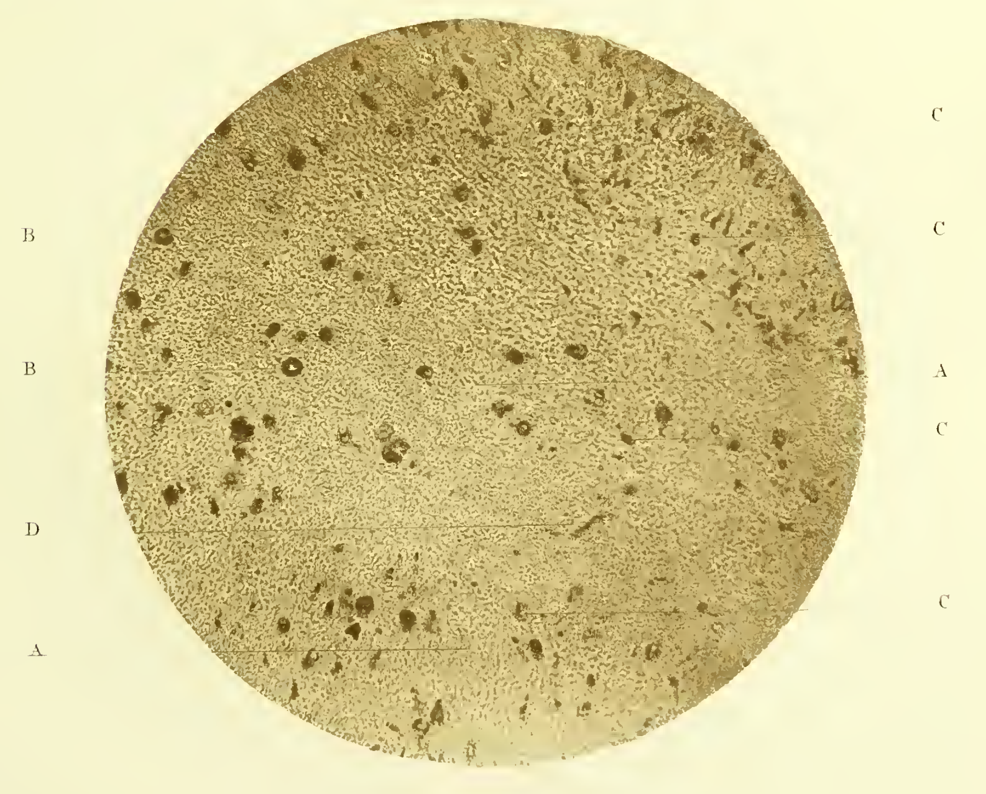


Figure 72

Photog. Lumière & Fils

PLANCHE XXXVII

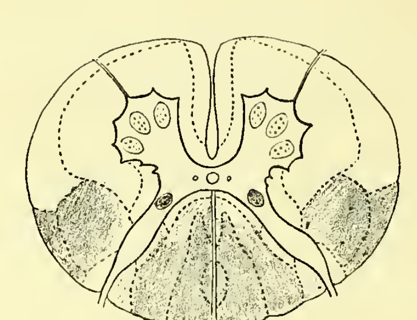
Figure 73.

MALADIE DE FRIEDREICH. — Région lombaire.

Coupe pratiquée dans la région lombaire et colorée par la méthode de Pall.

La distribution des lésions est tout à fait conforme aux descriptions classiques.

A. Corne antérieure.
B. Corne postérieure.
C. Racine postérieure.
D. Sillon postérieur.
E. Canal central.
F. Commissure postérieure.
G. Sillon antérieur.
H. Partie fondamentale du faisceau antéro-latéral.



I-I. Colonnes de Clarke altérées.
J. Faisceau pyramidal.
K. Faisceau cérébelleux direct altéré.
L. Faisceau postérieur altéré.

Figure 74.

MALADIE DE FRIEDREICH. — Colonne de Clarke.

La figure représente la zone de la colonne de Clarke, dans la région dorsale, colorée au carmin et vue à un fort grossissement (obj. 7, Vérick). Les altérations des cellules s'y remarquent bien.

A. Cellule peu altérée.
B-B. Cellules très altérées.
C. Leucocythe.
D. Vaisseau.
E. Tissu fibrillaire.

Toutes les figures de maladie de Friedreich que nous reproduisons proviennent des pièces d'une même malade, la nommée Desch..., qui forme le sujet d'un mémoire que l'un de nous a publié en collaboration avec M. Marinesco et intitulé : *Sur l'anatomie pathologique de la maladie de Friedreich* (Archives de neurologie, 1890, n° 57).

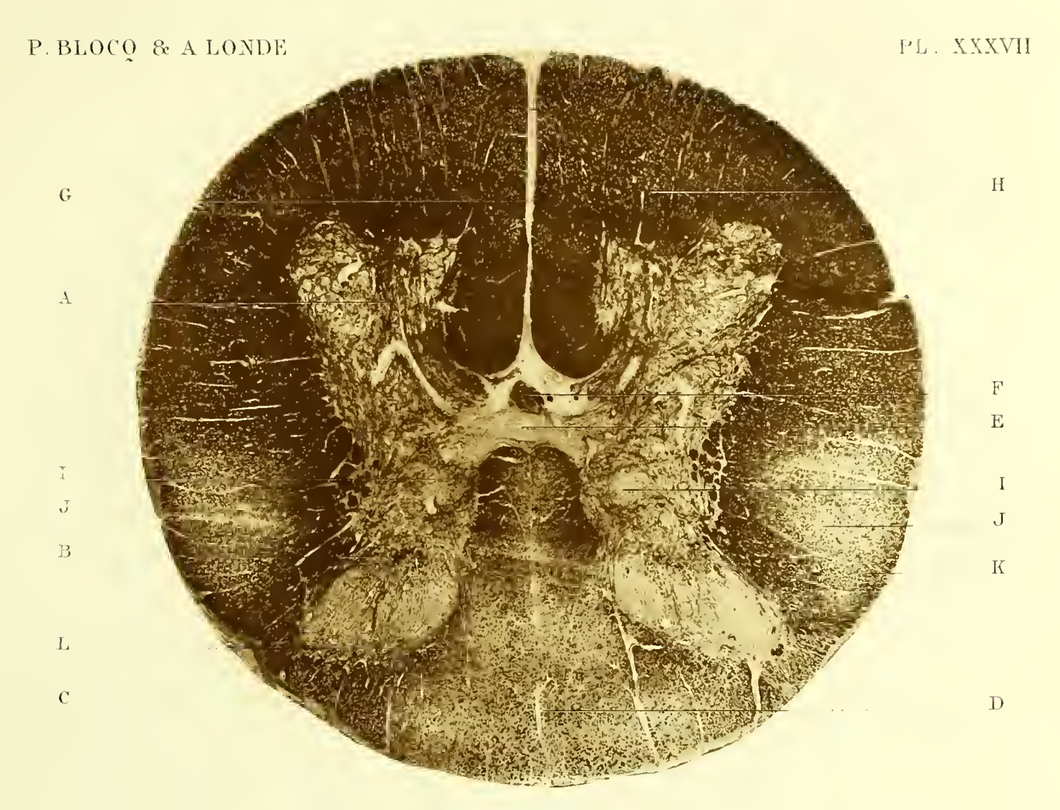


Figure 73

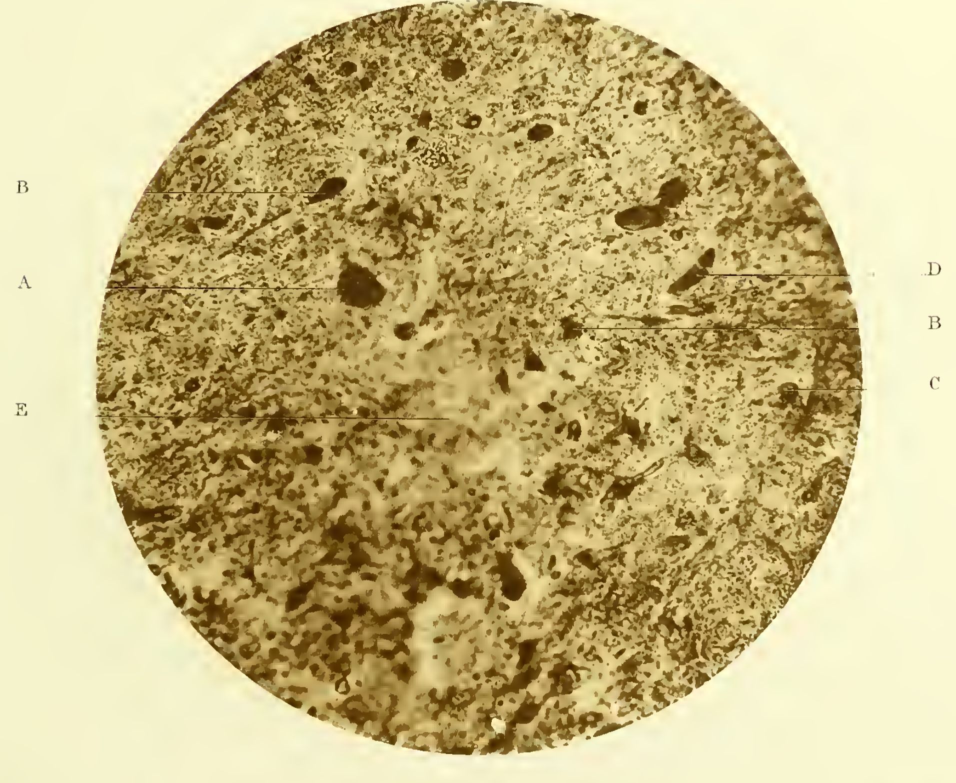


Figure 74

PLANCHE XXXVIII

Figure 75.

SYRINGOMYÉLIE GLIOMATEUSE. — Région lombaire

Coupe pratiquée dans la région lombaire et colorée par la méthode de Pall.

On voit la cavité pathologique centrale et relativement considérable, ainsi que la sclérose secondaire des faisceaux pyramidaux.

A. Corne antérieure.
B. Corne postérieure.
C. Racine postérieure.
D. Sillon postérieur.
E. Sillon antérieur.
F. Commissure antérieure.
G. Faisceau postérieur.
H. Partie non altérée du faisceau latéral.
I. Cavité pathologique.
J. Paroi de la cavité.
K. Substance du gliome.
L. Faisceau pyramidal dégénéré.

Figure 76.

SYRINGOMYÉLIE GLIOMATEUSE. — Région dorsale inférieure.

Coupe pratiquée dans la région dorsale et colorée par la méthode de Pall.

Mêmes lésions, d'apparence un peu différente que dans la figure 76.

A. Corne antérieure.
B. Corne postérieure.
C. Racine postérieure.
D. Sillon postérieur.
E. Sillon antérieur.
F. Commissure antérieure.
G. Cordon postérieur.
H. Partie non altérée des faisceaux latéraux.
I. Cavité pathologique.
J. Paroi de la cavité.
K. Substance du gliome.
L. Faisceau pyramidal dégénéré.



Figure 75

Figure 76

Photog. Lumière & Fils Imp. Wittmann

PLANCHE XXXIX

Figure 77.

SYRINGOMYÉLIE GLIOMATEUSE. — Région dorsale.

Coupe pratiquée dans la region dorsale moyenne et colorée par la méthode de Pall.

Les lésions semblables sont plus accusées encore que dans la figure 76.

A. Corne antérieure.
B. Corne postérieure.
C. Racine postérieure.
D. Sillon postérieur.
E. Sillon antérieur.
F. Partie non altérée du faisceau latéral.
G. Faisceau postérieur.
H. Cavité pathologique.
I. Commissure antérieure.
J. Paroi de la cavité.
K. Substance du gliome.
L. Faisceau pyramidal altéré.

Figure 78.

SYRINGOMYÉLIE GLIOMATEUSE. — Gliome.

La préparation représente un point de la substance gliomateuse autour de la cavité pathologique. On distingue le revêtement cellulaire de la paroi bourgeonnante, et le tissu fibrillaire du gliome.

A. Cavité pathologique.
B-B. Cellules de revêtement de la paroi.
C. Tissu gliomateux.
D. Tissu nerveux sain.
E. Bourgeon gliomateux.
F. Vaisseau.

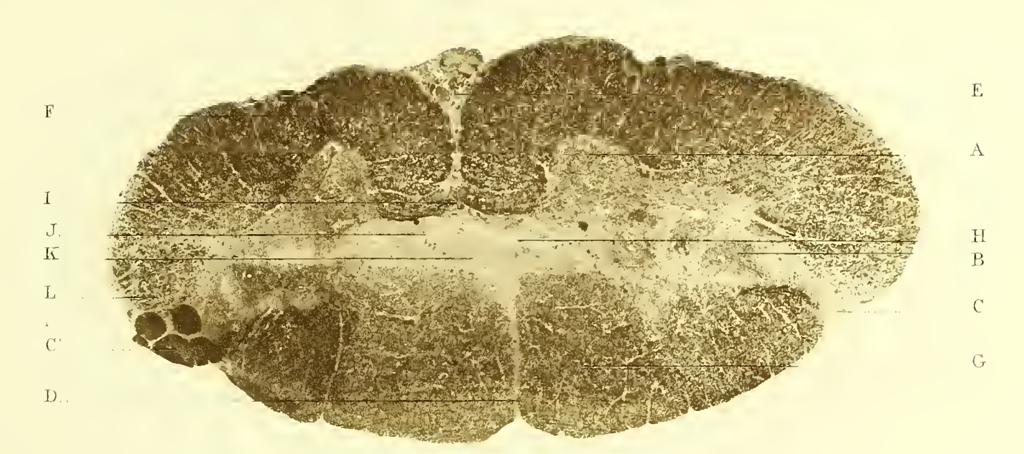


Figure 77

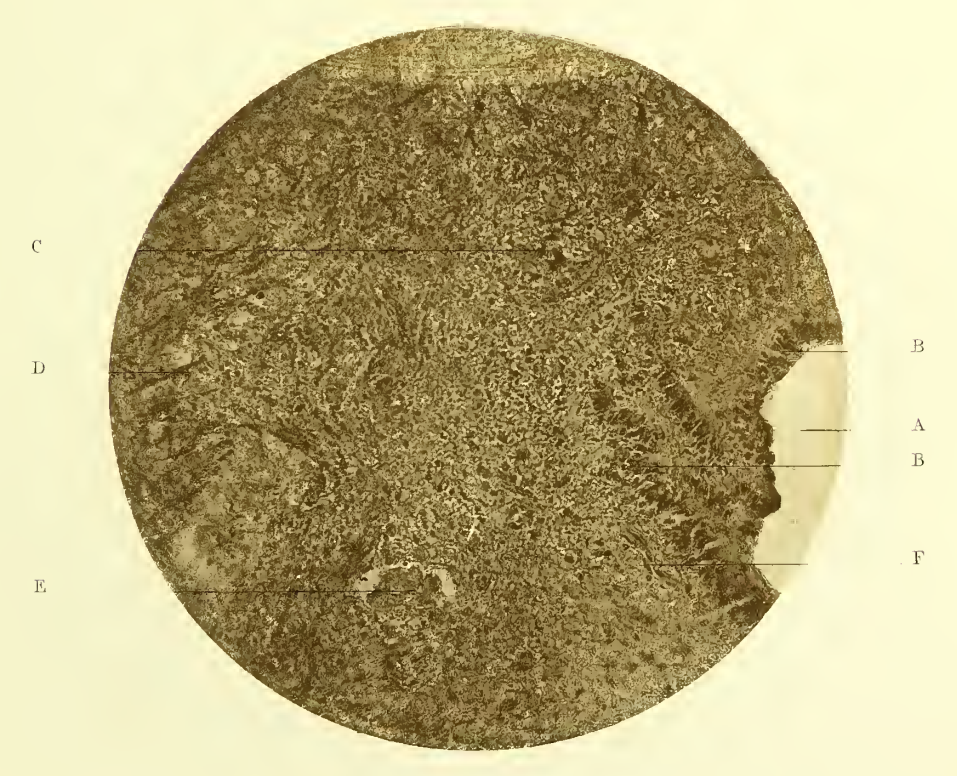


Figure 78

Photog. Lumière et Fils Imp. Wittmann

PLANCHE XL

Figure 79.

SYRINGOMYÉLIE GLIOMATEUSE. — Région cervico-dorsale.

Coupe pratiquée dans la région cervico-dorsale et colorée par la méthode de Pall.

La moelle est presque complètement détruite par le néoplasme. Une cavité centrale est étalée transversalement, dans laquelle se distinguent quelques bourgeons gliomateux. Le reste de la substance médullaire forme les parois aplaties de cette cavité.

A. Corne antérieure.
B. Racine postérieure.
C. Sillon postérieur.
D. Partie restante du faisceau antéro-latéral.
E. Cordon postérieur.
F. Faisceau pyramidal dégénéré.
G-G. Cavité pathologique.
H. Bourgeon gliomateux.
I. Substance du gliome.
J. Paroi de la cavité.

Figure 80.

SYRINGOMYÉLIE GLIOMATEUSE. — Paroi de la cavité.

La préparation montre un point de la paroi d'une coupe semblable à la précédente et colorée au picrocarmin. On y voit le revêtement épithélial, et l'irrégularité de la paroi.

A. Cavité pathologique.
B. Cellules endothéliales.
C. Tissu gliomateux.
D. Limite du gliome.
E. Tissu nerveux.

Les préparations qui ont fourni les planches XXXVIII, XXXIX et XL sont toutes empruntées aux pièces d'un même sujet, Augustin Herv..., dont l'histoire est rapportée dans l'observation VI de la Thèse de M. Bruhl (*Contribution à l'étude de la Syringomyélie.* Th. de Paris, 1890, p. 145). Le malade a succombé depuis la publication de ce travail, et j'ai pu faire son autopsie dont les résultats sont encore inédits.

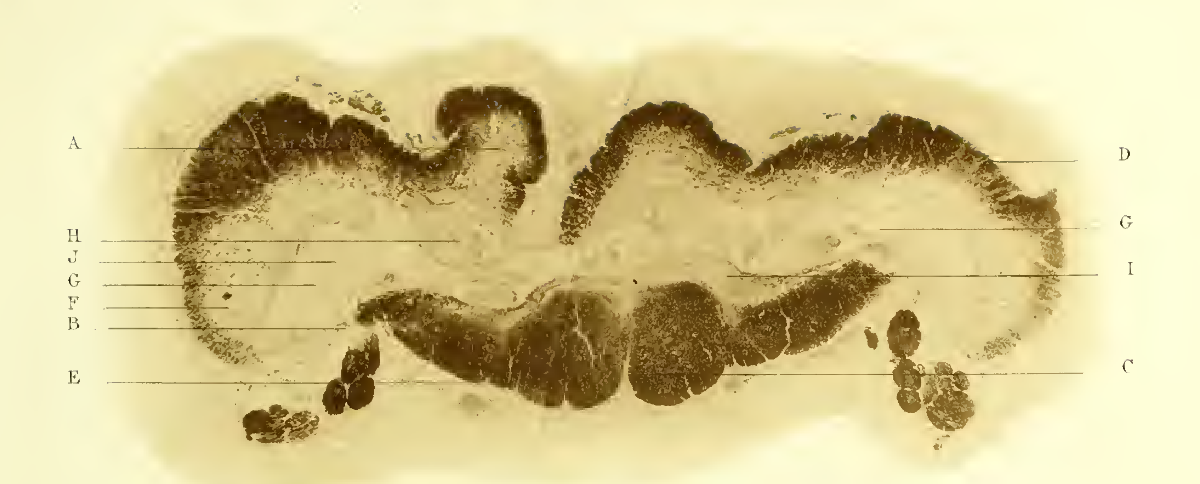


Figure 79

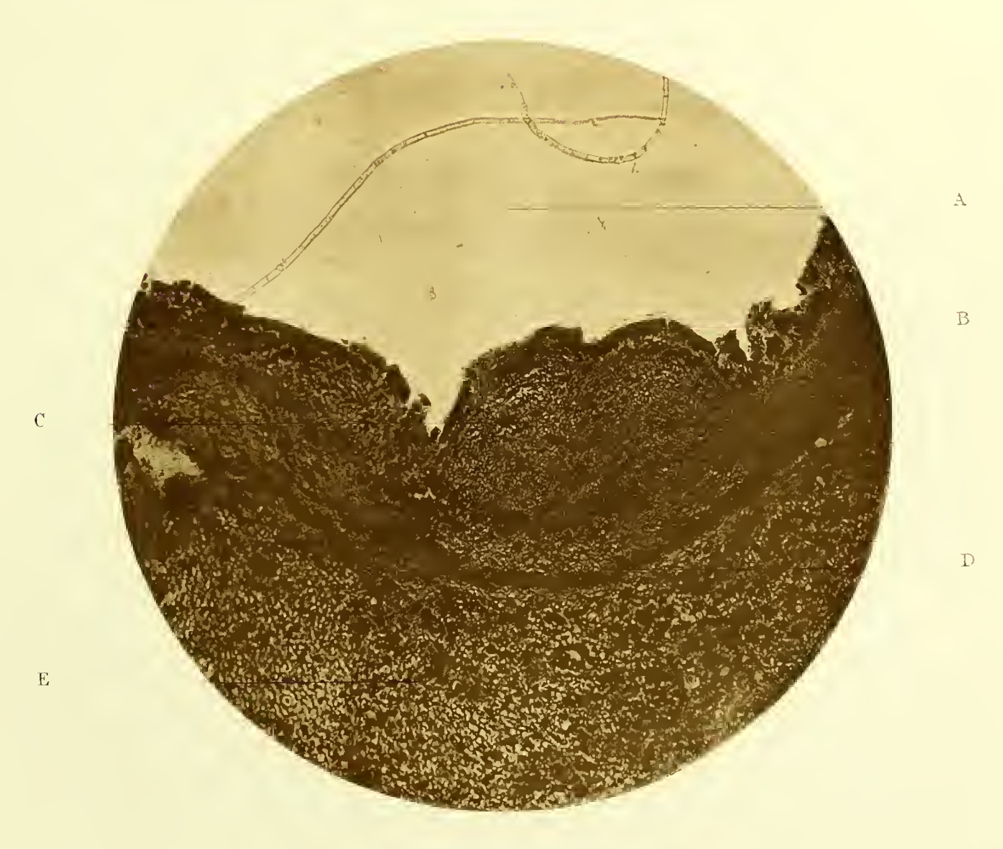


Figure 80

Photog. Lumiere & Fils

PLANCHE XLI

Figure 81.

SYRINGOMYÉLIE GLIOMATEUSE. — Région dorsale.

Coupe pratiquée dans la région dorsale et colorée par la méthode de Pall.

Cavité aplatie transversalement recouverte d'une paroi ; la moelle est réduite à un mince manchon de substance nerveuse.

A. Corne antérieure.
B. Racine postérieure.
C. Sillon postérieur.
D. Sillon antérieur.
E. Cavité pathologique.
F. Paroi de la cavité.

Cette préparation provient d'une malade dont nous avons communiqué l'observation à M. Bruhl, qui l'a publiée dans sa thèse précitée (Observation II, p. 130) où l'on trouvera également le protocole de l'examen nécroscopique.

Figure 82.

SYRINGOMYÉLIE GLIOMATEUSE. — Région cervicale.

Coupe pratiquée dans la région cervicale et colorée au carmin.

Ici la cavité néoplasique s'est développée dans la corne postérieure droite qu'elle a complètement détruite. Une masse gliomateuse solide se voit sous forme de tumeur proéminente dans le cordon postérieur. Il existe de plus une sclérose des cordons de Goll.

A. Corne antérieure.
B. Corne postérieure.
C. Racine postérieure.
D. Sillon postérieur.
E. Commissure antérieure.
F. Sillon antérieur.
G. Faisceau antérieur.
H. Cavité pathologique.
H'. Canal central.
I. Faisceau latéral.
J. Paroi de la cavité.
K. Masse gliomateuse.

Cette préparation faisait partie depuis longtemps de la collection du laboratoire ; bien que nous n'ayons pu nous procurer de renseignements sur son origine, elle nous a paru assez intéressante pour mériter d'être représentée ici.

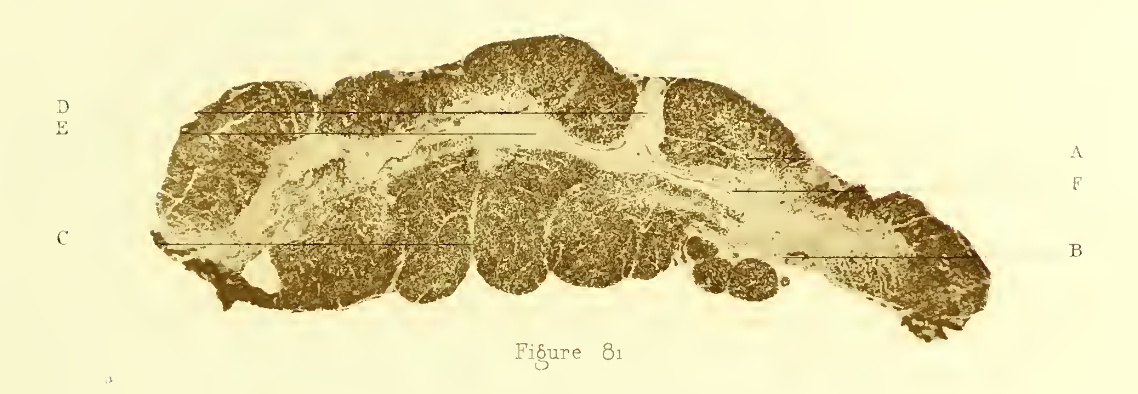


Figure 81



Figure 82

Photog. Lumière & Fils

PLANCHE XLII

Figure 83.

SYRINGOMYÉLIE GLIOMATEUSE. — Région dorsale.

Coupe pratiquée dans la région dorsale et colorée à l'hématoxyline.

Il existe une cavité considérable centrale et cordiforme limitée par une paroi bourgeonnante et entourée par le gliome qui a refoulé, en la détruisant en partie, la substance grise. Malgré l'étendue de la lésion, il n'y a pas de dégénération nette des faisceaux blancs.

A. Corne antérieure.
B. Corne postérieure.
C. Cordon postérieur.
D. Faisceau antérieur.
E. Faisceau latéral.
F. Sillon antérieur.
G. Sillon postérieur.
H. Cavité centrale.
I. Paroi du gliome.
J. Substance du gliome.

Il a été question du sujet dont cette pièce provient dans la leçon de M. Charcot consacrée à la Syringomyélie (*Leçons du mardi*, 1889, 21[e] Leçon, p. 491). L'observation du malade a été communiquée à la Société clinique de Paris, dans la séance du 9 juillet 1885, par M. Paul Berbez et publiée dans la *France médicale* (n° 97, 20 août 1885, p. 1162). Les détails de l'autopsie pratiquée à la Salpêtrière ont été communiqués à la Société anatomique dans la séance du 18 février 1887 (62[e] année, p. 83) par M. Paul Blocq.

La communication est intitulée : « Paraplégie spasmodique. — Arthropathie du coude. — Néphrite suppurée. — Cystite. — Perforation de la vessie. — Péritonite. — Mort. — Autopsie. — Syringomyélie. »

Figure 84.

SYRINGOMYÉLIE GLIOMATEUSE. — Région lombaire.

Coupe pratiquée dans la région lombaire et colorée par le noir d'aniline et le carmin.

Il existe une cavité centrale de moyenne dimension ; la préparation est surtout très remarquable par les deux énormes masses gliomateuses non excavées situées dans les faisceaux antéro-latéraux et qui ont relativement épargné la substance grise.

A. Corne antérieure.
B. Corne postérieure.
C. Faisceau antérieur.
D. Racine postérieure.
E. Sillon antérieur.
F. Sillon postérieur.
G. Cordon postérieur sclérosé.
H. Cavité centrale.
I. Paroi du gliome.
J. Substance du gliome central.
K-K. Masses gliomateuses situées dans les faisceaux antéro-latéraux.

Cette coupe provient de la collection léguée par le P[r] Damaschino au Musée de la Salpêtrière. Les étiquettes des préparations portent la mention : « Moelle lombaire. — Ataxie locomotrice. — Octobre 1880. »



Figure 83



Figure 84

Photog. Lumiere & Fils Imp. Wittmann

PLANCHE XLIII

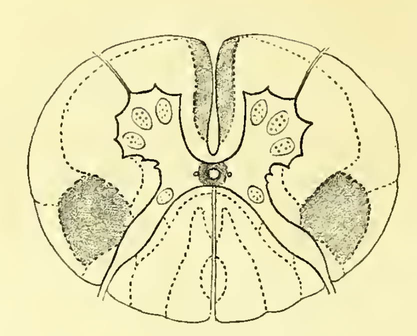
Figure 85.

SYRINGOMYÉLIE. — Région cervicale supérieure.

Coupe pratiquée au niveau de l'entrecroisement des pyramides et colorée par le picrocarmin.

La cavité centrale est entourée de très peu de substance gliomateuse, et il existe une sclérose remarquable des faisceaux pyramidaux directs et croisés.

A. Corne antérieure.
B. Corne postérieure.
C. Racine postérieure.
D. Sillon postérieur.
E. Canal central entouré d'un peu de tissu gliomateux.
F. Commissure postérieure.
G. Sillon antérieur.



H. Processus réticulaire.
I. Faisceau cérébelleux direct indemne.
J. Faisceau pyramidal croisé altéré.
K. Faisceau pyramidal direct altéré.

Figure 86.

SYRINGOMYÉLIE. — Renflement cervical.

Coupe pratiquée dans le renflement cervical et colorée par le picrocarmin.

Il existe une cavité centrale avec paroi, et de plus un foyer cavitaire dans la substance grise gauche au niveau de la partie intermédiaire entre les deux cornes. La sclérose des faisceaux pyramidaux est également manifeste.

A. Corne antérieure.
B. Corne postérieure.
C. Racine postérieure.
D. Sillon postérieur.
E. Sillon antérieur.
F. Faisceau cérébelleux direct.
G. Faisceau postérieur.
H. Cavité pathologique.
I. Substance du gliome.
J. Foyer cutané de la substance grise.

Les pièces dont les figures de cette planche représentent les préparations viennent d'un malade de la clinique des maladies nerveuses, ayant donné lieu à de grandes difficultés de diagnostic pendant sa vie entre la Sclérose latérale amyotrophique et la Syringomyélie, ce dont rend compte l'apparence des lésions. L'observation ainsi que l'examen nécropsique sont encore inédits.

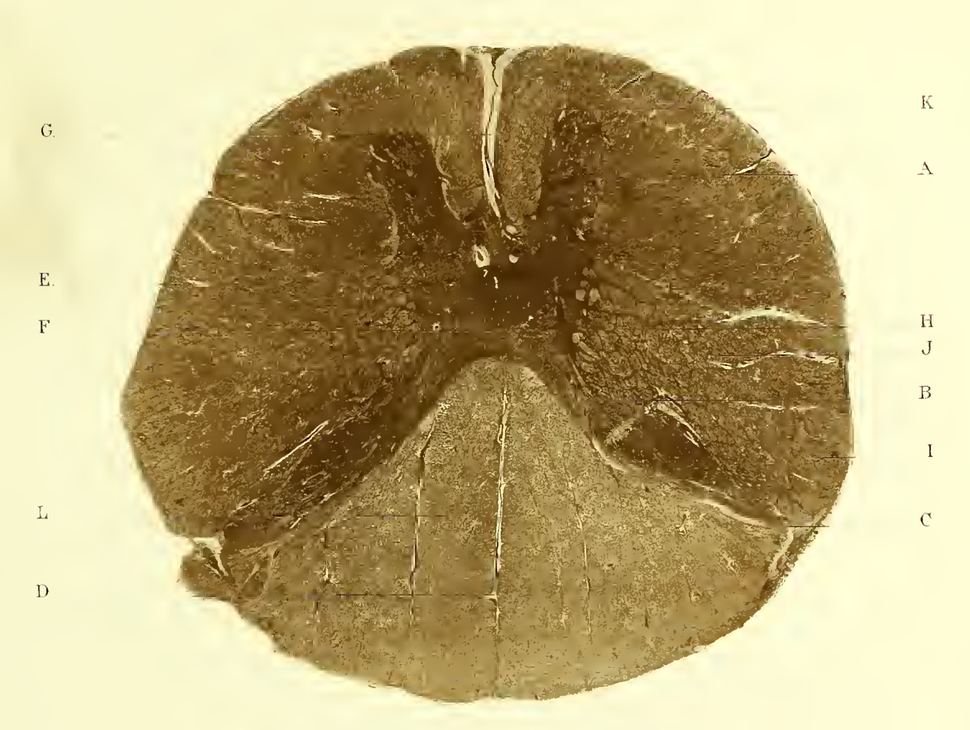


Figure 85



Figure 86

Photog. Lumière & Fils

PLANCHE XLIV

Figure 87.

TUMEUR DE LA MOELLE (FIBROME). — Région cervicale supérieure.

Coupe pratiquée dans la région de l'entrecroisement des pyramides et colorée par la méthode de Pall.

On y voit la tumeur située à la partie postérieure, d'un aspect cordiforme, gagnant la substance grise centrale.

A-A. Cornes antérieures, celle de droite est décapitée par le passage du cordon latéral *1* qui gagne la région antérieure gauche.
B-B. Cornes postérieures décapitées en partie par les cordons antérieurs.
C. Sillon antérieur.
D. Substance grise centrale.
E. Processus réticulaire.
F. Sillon postérieur.
G. Pyramide antérieure.
H. Tumeur.

Figure 88.

TUMEUR DE LA MOELLE (FIBROME).

La préparation montre une partie de la substance de la tumeur de la pièce précédente, colorée au picrocarmin et vue à un fort grossissement (obj. 4, Vérick). On voit très nettement la structure du néoplasme composé de trousseaux fibreux ondulés en diverses directions.

A. Substance interfibrillaire.
B-B. Trousseaux fibreux coupés longitudinalement.
C-C. Trousseaux fibreux coupés transversalement.
D. Vaisseau.

G C
A
I
A B
D
E
H
B
F

Figure 87

B
A C
D
C
B

Figure 88

Photog. Lumiere & Fils [illegible]

PLANCHE XLV

Figure 89.

TUMEUR DE LA MOELLE (FIBROME). — Région dorsale.

Coupe pratiquée dans la region dorsaie moyenne et coloree par la méthode de Pall.

On voit que le fibrome occupe la partie centrale de la moelle, dont la substance tassée est considérablement réduite ; les diverses régions sont à peine reconnaissables.

A. Corne antérieure.
B. Corne postérieure.
C. Sillon antérieur.
D. Sillon postérieur.
E. Faisceau latéral droit.
F. Faisceau latéral gauche.
G. Tumeur.

Figure 90.

TUMEUR DE LA MOELLE (FIBROME). — Région lombaire.

Coupe pratiquée dans la région lombaire supérieure et coloree par la méthode de Pall.

Le fibrome siège au centre de la moelle et s'étend transversalement, absorbant presque toute la substance grise, dont il ne reste que les extrémités des cornes antérieures et postérieures.

A-A. Cornes antérieures.
B-B. Cornes postérieures.
C. Racine postérieure.
D. Sillon postérieur.
E. Sillon antérieur.
F. Cordon antérieur.
G. Faisceau latéral.
H. Faisceau postérieur.
I. Tumeur.

Les pièces de tumeur de la moelle (fig. 85, 86, 87, 88) se rapportent à un cas de fibromes multiples de la moelle recueilli dans le service de M. le Pr Charcot. Les fibromes extrêmement nombreux étaient disséminés dans toute la hauteur du névraxe, tantôt à la périphérie, comme dans la figure 85, tantôt au centre, comme dans les figures 87 et 88. Il s'agissait histologiquement d'un véritable fibrome, ainsi qu'en rendent compte, du reste, les préparations.

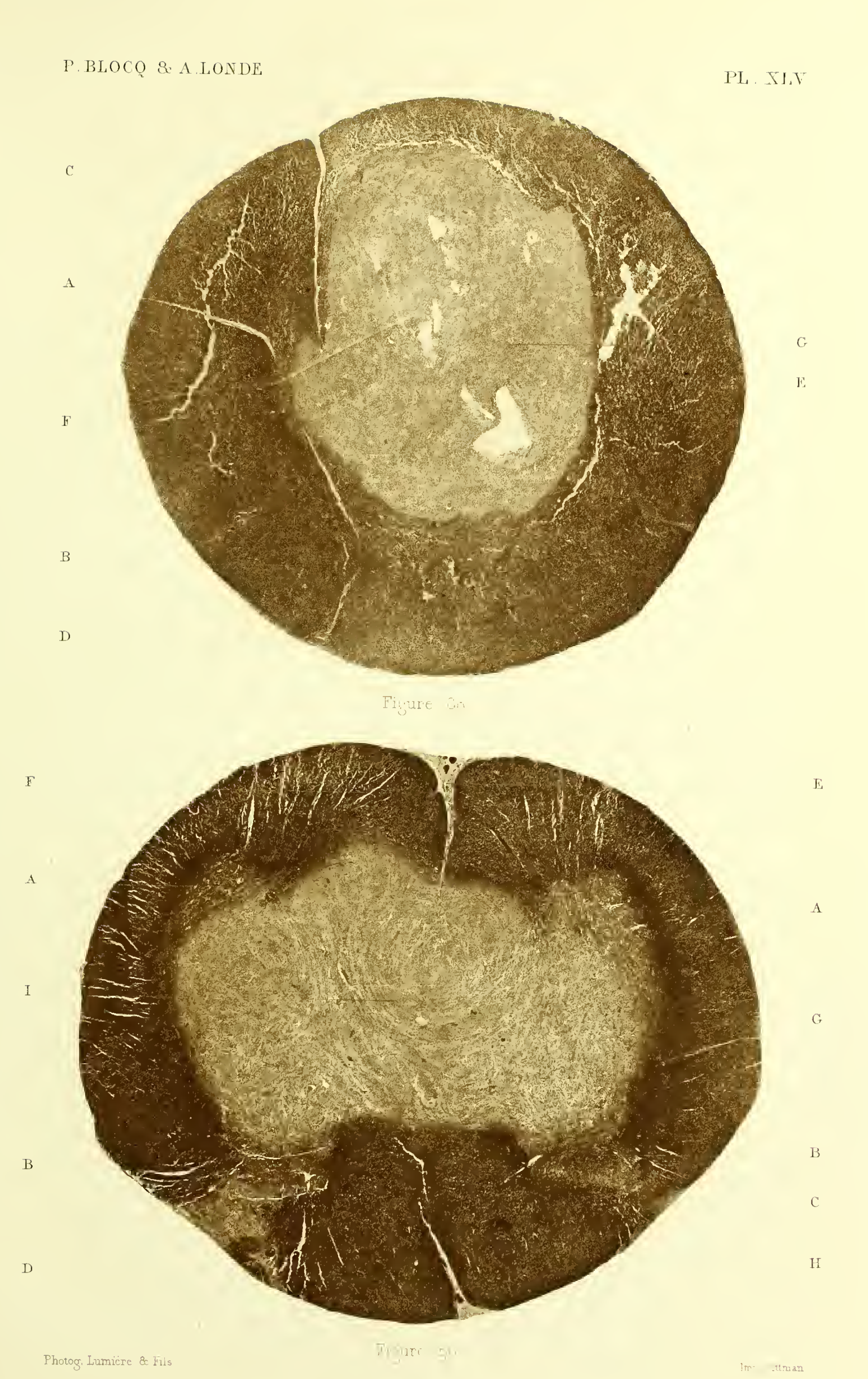


Figure [illegible]

Figure [illegible]

Photog. Lumière & Fils

Imp. [illegible]tman

PUBLICATIONS ANTÉRIEURES DU Dr PAUL BLOCQ

DIVERS

Note sur un cas de rétrécissement des deux orifices auriculo-ventriculaires (*Paris, A. Delahaye*, 1881).
Occlusion intestinale par diverticule (*Union médicale*, 1883).
D'une forme spéciale que revêt l'ecchymose dans les fractures de la rotule (*Semaine médicale*, 1884).
Cas de molluscum vrai ulcéré de la grande lèvre (*Progrès médical*, 1884).
Note sur des accidents occasionnés par une injection de chloroforme dans le tissu gingival (*Progrès médical*, 1884).
Peri-onyxis symétrique professionnel (*Semaine médicale*, 1884).
Des hémorrhagies puerpérales (*Thérapeutique contemporaine*, 1885).
De l'éclampsie (*Thérapeutique contemporaine*, 1885).
Infection puerpérale. — Endocardite ulcéreuse (*Soc. anat.*, oct. 1885).
Du phlegmon sous-péritonéal de la région hépatique (*Progrès médical*, 1885).
D'une variété nouvelle de kystes du cou. — Kyste crico-thyroïdien (*Gazette médicale de Paris*, n°s 12, 13, 17, 1885).
Pleurésie rhumatismale pré-arthropathique (*Société clinique*, juin 1885).
Tuberculose compliquée de pyohémie (*Société clinique*, 1885).
Adénome, cirrhose et cancer primitif du foie (*Société anatomique*, 1885).
Érysipèle périodique annuel (*Société clinique*, 1886).
Sur un cas de cancer primitif de la colonne vertébrale (*Journal de médecine*, 1886).
Cancer primitif de la vésicule biliaire, propagé au foie (*Société anatomique*, 1886).
Cancer primitif du cœcum (*Société anatomique*, 1886).
Tubercules solitaires massifs du foie (*Société anatomique*, 1887).
Étude expérimentale de la cirrhose alcoolique du foie, en collaboration avec M. le Professeur Straus (*Société de Biologie* et *Archives de physiologie*, 1887).
Des cirrhoses graisseuses considérées comme hépatites infectieuses, en collaboration avec M. H. Gillet (*Archives générales de médecine*, 1888).
Le foie chez les tuberculeux (*Gazette des hôpitaux*, 1889).
Des altérations du myocarde dans les maladies infectieuses (*Gazette hebdomadaire*, 1891).

NEURO-PATHOLOGIE

Un cas de syringomyélie (*Bulletins de la Société anatomique*, février 1887).
Note sur un cas de maladie de Friedreich (*Archives de Neurologie*, 1887).
Note sur la migraine ophthalmique, en collaboration avec M. le Dr Gilles de la Tourette (*Bulletins de la Société de Biologie* et *Progrès médical*, 1887).
Sur une affection caractérisée par de l'astasie et de l'abasie (*Archives de Neurologie* et 1 vol. in-8 de 55 pages. Libr. *du Progrès médical*, 1888).
Des rétractions fibro-tendineuses compliquant la contracture spasmodique (*Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*, 1888).
Note sur un cas d'athétose double, en collaboration avec M. E. Blin (*Revue de médecine*, 1888).
Des contractures, 1 vol. in-8 de 216 pages (Libr. *du Progrès médical*, 1888). Travail couronné par l'Académie des sciences et par la Société médico-psychologique.
Cinq cas de maladie de Friedreich, en collaboration avec MM. Huet et Gilles de la Tourette (*Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*, 1888).
Sur un cas de paralysie du nerf cubital (*Bulletins de la Société clinique*, 1888).
Nouveaux faits de maladie de Friedreich (*Bulletins de la Société clinique*, 1888).
Note sur une affection caractérisée par de l'astasie et de l'abasie (*Journal de médecine de Paris*, 1888).
D'une forme particulière de troubles nerveux des extrémités supérieures (*Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*, 1889).
Du traitement de l'ataxie locomotrice par la suspension (*Bulletin médical*, 1889).
Des contre-indications du traitement par la suspension (*Bulletin médical*, 1889).
De l'astasie-abasie (*Revue générale de clinique*, 1889).
Des indications de l'hypnotisme dans le traitement de l'hystérie (*Bulletin médical*, 1889).
Hystérie maniaque infantile (*Revue générale de clinique*, 1889).
L'Écriture médianimique. — Le Spiritisme au point de vue scientifique (*Bulletin médical*, 1889).

PUBLICATIONS ANTÉRIEURES DU Dr PAUL BLOCQ.

De la syringomyélie (*Gazette des hôpitaux*, 1889).
Migraine ophtalmique et paralysie générale (*Archives de Neurologie*, 1889).
De la chorée molle (*Gazette hebdomadaire*, 1890).
Des affections qui ont été rapprochées du tabès. — Pseudo-tabès (*Gazette des hôpitaux*, 1890).
Hystérie et maladies organiques (*Mercredi médical*, 1890).
Syringomyelia (*Brain*, 1890).
Des somnambulismes (*Gazette hebdomadaire*, 1890).
Sur l'anatomie pathologique de la maladie de Friedreich, en collaboration avec M. Marinesco (*Société de Biologie* et *Archives de Neurologie*, 1890).
Nature centrale de la paralysie spinale aiguë de l'adulte (*Bulletin médical*, 1890).
Grippe et maladies nerveuses (*Gazette hebdomadaire*, 1890).
Polynévrites et poliomyélites, en collaboration avec M. Marinesco (*Société de Biologie* et *Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*, 1890).
Sur la morphologie des faisceaux neuro-musculaires, en collaboration avec M. Marinesco (*Bulletins de la Société de Biologie*, 1890).
Remarques à propos de la guérison d'un cas d'impuissance datant de trois ans (*Mercredi médical*, 1890).
Une définition naturelle du crime, en collaboration avec M. Onanoff (*Revue scientifique*, 1890).
Du goître exophtalmique (*Gazette hebdomadaire*, 1890).
Sur un cas de paralysie conjuguée de la sixième paire, en collaboration avec M. G. Guinon (*Archives de médecine expérimentale*, 1891).
La Neurasthénie et les Neurasthéniques (*Gazette des hôpitaux*, 1891).
Vigilambulisme hystérique et suggestion hypnotique (*Revue générale de clinique*, 1891).
Traitement de l'épilepsie par l'hydrate d'amylène (*Revue générale de clinique*, 1891).
Séméiologie du sommeil (*Brain*, 1891).
De l'aphasie sous-corticale (*Gazette hebdomadaire*, 1891).
D'un syndrome caractérisé par de la « Topoalgie ». — Neurasthémie monosymptomatique. Forme douloureuse (*Gazette hebdomadaire*, 1891).
Article « Salivation dans les maladies nerveuses », in *Dictionary Psychological medicine* de Hack-Tucke.

SOUS PRESSE

Séméiologie et Diagnostic des maladies du système nerveux, en collaboration avec M. Onanoff (1 vol. in-18 diamant, avec figures dans le texte).

Corbeil. — Imprimerie Crété.





